



BACHELORARBEIT

Lena Bischoff

Pro und Contra Sterbehilfe

2016

BACHELORARBEIT

Pro und Contra Sterbehilfe

Autorin:
Lena Bischoff

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM13sP3-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Dr. med. Darius Khoschlessan

Einreichung:
Karlsruhe, 08.01.2016

BACHELOR THESIS

pro and contra assisted dying

author:

Lena Bischoff

course of studies:

Gesundheitsmanagement

seminar group:

GM13sP3-B

first examiner:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:

Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:

Karlsruhe, 08.01.2016

Bibliografische Angaben

Bischoff, Lena

Pro und Contra Sterbehilfe

Pro and contra assisted dying

50 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2016

Abstract

In der vorliegenden Bachelor-Thesis wird das Pro und Contra der Sterbehilfe untersucht. Zum besseren Verständnis der medizinischen Hintergründe erfolgt eine Aufzeichnung der Formen der Sterbehilfe. Neben der rechtspolitischen und ethischen Aspekte der Sterbehilfe werden Stimmen der Seite Pro Sterbehilfe und der Seite Contra Sterbehilfe angeführt. Es erfolgt außerdem ein Überblick über die aktuelle kontroverse Diskussion des Themas.

This Bachelor Thesis examines the pros and cons of euthanasia. In order to better comprehend the medical background, an outline of the different forms of euthanasia is given. In addition to the legal policies and ethical aspects of euthanasia, the votes for the pro and con sides are presented. Finally, an overview of the current controversial discussion of this topic is provided.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
2 Palliativmedizin und Sterbehilfe.....	3
2.1 Definition Sterbehilfe	3
2.1.1 Die aktive Sterbehilfe und Mitwirken am Suizid	3
2.1.2 Beihilfe zum Suizid.....	4
2.1.3 Die indirekte Sterbehilfe	5
2.1.4 Die passive Sterbehilfe	6
2.1.5 Fallbeispiel passive Sterbehilfe	7
2.2 Rechtliche Gesichtspunkte.....	8
2.2.1 Die Patientenverfügung.....	11
2.2.2 Aktueller Stand der politischen Lage in Deutschland.....	12
2.2.3 Ländervergleich	15
2.3 Hospiz.....	15
2.4 Palliativmedizin	16
2.5 Ethische Gesichtspunkte.....	17
2.5.1 Medizin - Ethik	18
2.5.2 Lebensqualität.....	19
3 Stakeholder, Issuesmanagement.....	23
3.1 Vertreter Pro Sterbehilfe.....	23
3.1.1 Angehörigen Verbände	25
3.1.2 Der Verein „Sterbehilfe Deutschland e.V.“.....	26
3.1.3 Politische Parteien	28
3.2 Vertreter Contra Sterbehilfe	29
3.2.1 Kirchliche Einrichtungen.....	30
3.2.2 Politische Parteien	31
4 Kampagnenmanagement.....	32
4.1 Definition.....	32
4.2 Ziele, Zielgruppen und Werte	33
4.3 Bestandteile und Strategien im Kampagnenmanagement.....	35
4.4 Kommunikationskanäle	38

4.4.1	Klassische Kommunikationsinstrumente	39
4.4.2	Interpersonale Kommunikation.....	41
4.4.3	Internet	41
5	Kommunikationskampagne in Bezug auf Sterbehilfe	43
5.1	Kommunikationskampagnen durch die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS).....	43
5.2	Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)	43
5.3	Mein Ende gehört mir! Für das Recht auf letzte Hilfe	44
6	Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen.....	49
	Literaturverzeichnis	XI
	Anlagen.....	XIX
	Eigenständigkeitserklärung	XXIII

Abkürzungsverzeichnis

ALS	Amyotropher Lateralsklerose
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
d	täglich (einen Tag)
DGHS	Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PK	Pressekonferenz
StHD	Sterbehilfe Deutschland e.V.
WE	Willenserklärung
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überlebenszeit in Abhängigkeit von der Opioid Dosis.....	5
Abbildung 2: Rechtliche Gesichtspunkt.....	10
Abbildung 3: Übersicht Gesetzenwürfe.....	13
Abbildung 4: Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen.....	17
Abbildung 5: Verlängerung des Sterbeprozess.....	19
Abbildung 6: gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	21
Abbildung 7: Studie zur Serbehilfe.....	24
Abbildung 8: Kosten Sterbehilfe Deutschland e.V.....	27
Abbildung 9: Lasswell Formel Sender-Enpfänger.....	34
Abbildung 10: Kampagnentypen.....	12
Abbildung 11: Feuerrad.....	37
Abbildung 12: Logo DGHS.....	43
Abbildung 13: Start der Kampagne "Mein Ende gehört mir".....	45
Abbildung 14: Petra Nadolny "Mein Ende gehört mir".....	45
Abbildung 15: Uwe-Christian Arnold "Verbrecher?".....	48
Abbildung 16: Angela Merkel "Volksverteter?".....	48

1 Einleitung

Das Themenfeld rund um die Sterbehilfe prägt die Gesellschaft schon lange und rückt immer näher in den Interessensfokus der Gesellschaft (vgl. Hepp/Kreienberg 2007, 940). Als jüngstes öffentliches Beispiel ist der Auftritt von Rita Wiederhold bei „Stern TV“ in der Sendung vom 21.10.2015 zu nennen. Die 68-Jährige leidet an Amyotropher Lateralsklerose (ALS), einer zum Tode führenden Nervenkrankheit (vgl. Habermann/Wittmershaus 2009, 165). Rita Wiederold plädiert in ihrem Auftritt bei „Stern TV“ gegenüber der Politikerin Renate Künast (Grüne) und dem Politiker Patrick Sensburg (CDU) darauf, dass sie über ihr Sterben selbst entscheiden möchte. „Das ist ein langes Sterben. Warum soll ein Mensch so was ertragen?“ (stern TV, 2015). Mit dieser Aussage erreicht Rita Wiederold ein enormes mediales Aufsehen. Alleine im sozialen Netzwerk „Facebook“ zählt die Berichterstattung der Sendung 2141-„Gefällt mir“ Angaben und wurde knapp 600-mal geteilt, während andere Meldungen auf der Seite nur 61-„Gefällt mir“-Angaben zählt. In den Kommentaren findet man eine hitzige Diskussion rund um das Themenfeld der Sterbehilfe. Anhand der Beiträge lassen sich die Meinungen für und wider Sterbehilfe erkennen, z.B. liest man „Jeder soll das frei entscheiden können! Ohne von einer Brücke springen zu müssen“ (stern TV/Facebook, 2015), aber auch wenige Beiträge wie „Ich finde nicht, dass es jeder selbst entscheiden soll...“ (stern TV/Facebook, 2015) lassen sich dort lesen.

Grund für das derzeitige hohe mediale und gesellschaftliche Interesse, ist die aktuelle Gesetzgebungsinitiative. Schwerpunkt in dieser Debatte lag bei der Frage, „ob und wie man Menschen beim Sterben helfen darf?“ (vgl. Greven 2014). Am 06. November 2015 wurde im Bundestag ein entsprechender Gesetzentwurf beschlossen. Demnach ist die geschäftsmäßige Sterbehilfe in Deutschland künftig strafbar (vgl. Deutscher Bundestag 2015). Durch diese neue Gesetzgebung wurde es z.B. Sterbehilfevereinen unmöglich gemacht, Suizidbegleitung durchzuführen. Sie bewerten das neue Gesetz als verfassungswidrig und werden Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht erheben (vgl. Dignitas 2015). Kritiker sehen an dem neuen Beschluss besonders umstritten, dass man Menschen in der größten Not alleine lassen würde, und möglicherweise in einen noch grausameren Suizid treiben würde (vgl. Sentker 2014).

In einer so zentralen Frage, in der es schließlich um Leben und Tod geht, sollte jeder, unabhängig von seinen inhaltlichen Vorstellungen gegenüber der Sterbehilfe, an einer vorurteilslosen Diskussion interessiert sein. Um einen Beitrag zu dieser Diskussion zu leisten, liegt das Ziel in der vorliegenden Arbeit darin, einen Überblick zum Thema „Sterbehilfe“ zu geben. Die Arbeit untersucht das Pro und Contra der Sterbehilfe.

Bevor das Spannungsfeld, das durch die unterschiedliche Betrachtung der aktiven und passiven Sterbehilfe seitens der verschiedenen Disziplinen geschaffen wurde, näher

erläutert werden kann, muss zunächst geklärt werden, was innerhalb der Sterbehilfediskussion genau unter der aktiven und passiven Sterbehilfe zu verstehen ist. Daher werden die Begrifflichkeiten der aktiven, indirekten und passiven Sterbehilfe in Kapitel zwei gegeneinander abgegrenzt.

Die Frage nach der passiven Form der Sterbehilfe findet sich in der medizinischen Praxis oft wieder. In einigen Krankenhäusern begegnet man dieser Frage mit großer Offenheit, in anderen ist dies nicht der Fall. Diese Unterschiede können in einer medizinischen Einrichtung zwischen den Abteilungen, aber auch innerhalb einer Abteilung sein (vgl. Fischer 2012, 135). Um eine Transparenz zum Alltag des Gesundheitswesens herleiten zu können, wird im weiteren Verlauf des zweiten Kapitels der Sachverhalt der passiven Sterbehilfe anhand eines Fallbeispiels illustriert. Weiterhin wird der Aspekt des Selbstbestimmungsrechts analysiert. Außerdem wird die rechtspolitische Lage in Deutschland und im internationalen Vergleich dargestellt. Besonderer Fokus wird hier auf die Beleuchtung des Gesetzbeschlusses vom 06. November 2015 gelegt. Zusätzlich wird der Palliativgedanke rund um die Hospizbewegung, sowie die ethischen Gesichtspunkte, insbesondere die der Medizin-Ethik, dargestellt.

Um in einer vergleichenden Analyse einen Überblick der Vertreter Pro Sterbehilfe und der Vertreter Contra Sterbehilfe zu geben, folgt in Kapitel drei eine Darstellung aller Stakeholder im Themenfeld der Sterbehilfe.

Damit eine gezielte Aufklärung in diesem Themenfeld stattfinden kann, ist eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit sinnvoll, besonders in Anbetracht der gesetzlichen Neuordnung. Generell, spielen Kommunikationskampagnen rund um das Thema Sterbehilfe eine tragende Rolle im Aufklärungsmanagement der Gesellschaft. Daher wird in Kapitel vier das Thema Kampagnenmanagement analysiert, um anschließend eine Kommunikationskampagne in Bezug auf humanes Sterben in Kapitel fünf zu erörtern. Dabei wird besonders die Kampagne der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) „Mein Ende gehört mir“ beleuchtet. Diese Analyse erfolgt unter besonderer Berücksichtigung der in Kapitel vier gewonnenen Erkenntnisse. Demzufolge wird hier eine genaue Durchleuchtung der in der Kampagne verwendeten Werbemittel durchgeführt.

Im letzten Kapitel sechs werden abschließend Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen in Bezug auf die Anwendbarkeit und Durchführung von Sterbehilfe dargestellt, und inwieweit die öffentlichen Positionen Pro und Contra Sterbehilfe in diese Debatten einfließen.

2 Palliativmedizin und Sterbehilfe

2.1 Definition Sterbehilfe

Der Begriff „Sterbehilfe“ wurde im 19. Jahrhundert zur Bezeichnung der „aktiven“ und „indirekten“ Sterbehilfe eingeführt. Er wurde zu einem Sammelbegriff für Maßnahmen, die einem Menschen zu einem möglichst schmerzfreien und selbstbestimmten Sterben verhelfen (vgl. Grimm/Hildebrand 2009, 90). Demnach beschreibt die Sterbehilfe Handlungen, in denen durch Tun-bzw. Unterlassen oder durch Hilfe beim Sterben ein „sanfter“ Tod eine Erlösung für den Patienten von seinen hauptsächlich physischen Qualen oder Schmerzen darstellt (vgl. Grimm/Hildebrand 2009, 85).

Aus der Begriffshistorie lässt sich konstatieren, dass der Terminus in der Sterbehilfediskussion oft der der Euthanasie ist. Er stammt aus dem lateinischen (*εὐθανασία*) und wird als „ars moriendi“, die Kunst des guten Sterbens übersetzt (vgl. Schmiedebach/Woellert 2006, 1137). Als synonym für Sterbehilfe wird demzufolge in den meisten europäischen und angloamerikanischen Ländern oft der Begriff „Euthanasie“ verwendet. Im deutschsprachigen Raum hingegen, ist der Begriff mit einer negativen Bedeutung durch das NS-Regime behaftet (vgl. Schmiedebach/Woellert 2006, 1137). Wie die Autorin Barbara Häcker beschreibt, wird der Begriff Euthanasie als „Tötung von Menschen ohne-oder gar gegen deren Einwilligung und ohne, dass sie im Sterben liegen“ (Häcker 2008, 29) übersetzt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass in Anbetracht der Begriffsgeschichte Euthanasie nichts mit Sterbehilfe zu tun hat.

Vor allem, wenn es um eine ethische Bewertung von Sterbehilfe geht, steht die aktive Sterbehilfe für das ethisch Unerlaubte, da es mit dem „Töten“ gleichgesetzt wird. Die passive Sterbehilfe hingegen trägt dabei den Part des ethisch Zulässigen, da es sich um den Begriff des „Sterbenlassen“ handelt (vgl. Gesang, 2001, 161).

2.1.1 Die aktive Sterbehilfe und Mitwirken am Suizid

Der ärztlich assistierte Suizid oder die Beihilfe zur Selbsttötung wird geleistet, „wenn ein Arzt den Tod des Patienten auf dessen ausdrücklichen Wunsch herbeiführt“ (Roggendorf/Eckart 2012, 640). Dies geschieht, indem der Arzt dem Patienten die letale Dosis eines Medikamentes, z.B. eines Barbiturats, verabreicht. In diesem Fall beendet der Arzt das Leben eines Patienten aktiv absichtlich (vgl. Roggendorf/Eckert 2012,640). Wie in Punkt 2.1 erläutert, wird bei der Sterbehilfe zwischen dem Tun bzw. Unterlassen und der Hilfe beim Sterben differenziert. Die aktive Sterbehilfe wird somit mit einem Tun bzw. Unterlassen gleichgesetzt. Dass man hier eine nicht moralisch

motivierte Unterscheidung auf der Basis eines handlungstheoretischen Unterschieds von Unterlassen und Tun treffen kann, wird in unserer Gesellschaft vielfach hinterfragt und bezweifelt, denn die Auffassung bei der Unterscheidung zwischen dem Tun und Unterlassen ist oft die, dass es sich bei dem Unterlassen um kein Töten handelt (vgl. Gesang 2001, 161).

Dass es sich bei der Unterlassung mit Todesfolge um ein Töten handelt, wurde von J. Rachels und P. Singer durch folgendes Beispiel belegt: A stößt das Baby in das Wasser, und es ertrinkt dadurch. Der Fall „Töten durch Tun liegt vor“. B sieht wie das Baby in das Wasser fällt, und unterlässt es, obwohl es möglich wäre, das Baby zu retten. Das Baby ertrinkt dadurch. Der Fall „Töten durch Unterlassen“ liegt vor (vgl. Leist 1998, 44).

Durch dieses Beispiel lässt sich folgendes festhalten: Töten durch Unterlassen ist eine Handlung, da ihr eine Absicht zu Grunde liegt. Sieht der Unterlassende den Tod eines Menschen aufgrund seiner Unterlassung in einer Situation vorher, in der er ihn verhindern hätte können, beabsichtigt er den Tod des Menschen. Ein weiterer zu nennende Grund in der Diskussion um den handlungstheoretischen Unterschied der Sterbehilfe ist der, dass die Sterbehilfe weitestgehend vom Ermessen und damit auch von der weltanschaulich-moralischen Einstellung des jeweilig behandelnden Arztes abhängig ist (vgl. Hoerster 2000, 1).

2.1.2 Beihilfe zum Suizid

Die Beihilfe zum Suizid ist eine Form der aktiven Sterbehilfe (vgl. Fricke 2015). Unter Beihilfe zum Suizid ist zu verstehen, dass ein Arzt die Information zur Selbsttötung gibt und die entsprechende Medikation zur Verfügung stellt, die der Patient jedoch selbst einnehmen muss. Bei diesem Vorgang muss der Patient einen notwendigen Schritt selbstverantwortlich Tun (vgl. Geißendörfer 2009, 59). Das heißt, ein Patient, der sich dazu entschieden hat zu sterben, nimmt die Hilfe eines anderen in Anspruch. Diese zweite Person kann ein Angehöriger, ein nahestehender Mensch, ein Arzt oder ein Sterbehelfer sein (vgl. Roggendorf/Eckart 2012, 640). Der Patient, welcher in diesem Fall zum sogenannten „Freitod“ bereit ist, verpflichtet sich dazu, bis zum Lebensende die Tatherrschaft zu besitzen.

Dadurch, dass der Patient die totbringende Handlung selbst vornimmt, ist kein Suizid gegeben (vgl. Klie/Student 2007, 50-55). In den Fällen, in denen die orale Einnahme der Suizidmedikation nicht möglich, oder die Gefahr des Erbrechens zu groß ist, wird ein Injektionsautomat zur Verfügung gestellt, bei dem der Suizid Suchende den Auslöser selbst betätigen kann (vgl. stHD 2009a). Sucht ein Patient, der an einer unheilba-

ren Krankheit leidet, die Beihilfe zum Suizid, wird dies auch als „Bilanzsuizid“ bezeichnet (vgl. Arndt 2007 ,113).

Fürsprecher der Beihilfe zum Suizid bezeichnen diese Form der Sterbehilfe als ein Handeln, bei dem jemand in freier Verantwortung und nach ernsthafter Erwägung seiner Perspektiven den Entschluss fasst, aus dem Leben zu treten (vgl. Arndt 2007 ,113).

2.1.3 Die indirekte Sterbehilfe

Bei dieser Form der Sterbehilfe wird der Tod durch den Einsatz von schmerzlindernden Medikamenten, wie beispielsweise eine Überdosierung von Morphin, herbeigeführt. Morphin kann zu einer Atemdepression führen (vgl. Roggendorf/Eckert 2012, 640), und somit die Lebensdauer des Patienten verkürzen. Da der Tod nicht das primäre Ziel dieser Handlung ist, sondern die Schmerzen und das Leiden des Patienten zu lindern, handelt es sich hierbei um den Begriff der „indirekten“ Sterbehilfe (vgl. Naunin 2012, 14). Die Begrifflichkeit der indirekten Sterbehilfe findet in der medizinischen Praxis nur geringe Anwendung. Im klinischen Alltag sind hier Patienten gemeint, die eine sogenannte palliative Schmerztherapie erhalten. Der Neurologe S. Roggendorf vertritt die Theorie, dass bei dieser Form der Sterbehilfe selten eine Lebensverkürzung erreicht werden könne. Dies sei als Indiz dafür zu werten, dass eine Lebensverkürzung aufgrund einer adäquaten Schmerztherapie in einem palliativmedizinischen Kontext nur gering stattfinden würde. Roggendorf argumentiert damit, dass die Anwendung einer Schmerztherapie zu einer signifikanten Reduktion von Stressoren führt, mit dem Ergebnis, dass sich die körperliche Belastung reduziert, und dadurch eine Lebensverlängerung erreicht werden würde (vgl. Roggendorf/Eckert 2012, 640).

Diese These bestätigt folgende Grafik (Abb.1):

Tab. 1 Überlebenszeiten in Abhängigkeit von der Veränderung der Opioiddosis [2]			
Veränderung in der Opioiddosis	Verminderung Mittlere Dosisveränderung±SD: -64±68 mg OME/Tag	Keine Mittlere Dosisveränderung: 0 mg OME/Tag	Erhöhung Mittlere Dosisveränderung±SD: 87±145 mg OME/Tag
Mittlere Überlebenszeit (Tage)	9,1±11,4	9,3±9,8	14,0±12,7

Abbildung 1: Überlebenszeit in Abhängigkeit von der Opioid Dosis (Roggendorf/Eckert 2012, 640)

Wie in Abbildung 1 dargestellt, beträgt die mittlere Überlebenszeit bei Erhöhung der Opioid Dosis von 87 +/- 145 mg OME/Tag 14,0 +/- 12,7 d, während die Überlebenszeit bei einer Dosisveränderung von 0 mg OME/Tag bei 9,3 +/- 9,8 d liegt. Bei einer Verminderung der Opioid Dosierung von – 64 +/- 68 mg OME/Tag liegt die Überlebenszeit laut dieser Grafik bei 9,1 +/- 11,4.

Es gilt festzuhalten, dass durch die Gabe von Opioiden bei einer palliativen Schmerztherapie bzw. der indirekten Sterbehilfe der Tod bis zu 4,7 +/- 2,9 d hinausgezögert werden kann (vgl. Roggendorf/Eckert 2012, 640).

2.1.4 Die passive Sterbehilfe

Die passive Sterbehilfe beschreibt den Verzicht auf lebensverlängernden Maßnahmen oder deren Beendigung, wenn diese aus medizinischer Sicht nicht mehr indiziert sind, oder der Patient derartige Maßnahmen ausdrücklich ablehnt. Im Unterschied zur aktiven Sterbehilfe wird hier kein neuer Kausalverlauf, also z.B. durch die Gabe eines tödenden Mittels, eingeleitet, sondern man lässt in diesem Fall den natürlichen Sterbeprozess geschehen (vgl. Schmeilzl, 2008). Der Nationale Ethikrat definiert die passive Sterbehilfe wie folgt:

Die passive Sterbehilfe beschreibt den Fall, „wenn auf das Verlangen des Patienten eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fälle wäre“ (Nationaler Ethikrat 2006, 54).

Aus der Begriffserklärung der passiven Sterbehilfe lässt sich deshalb festhalten, dass das einschlägig umfassende und ethische Prinzip der passiven Sterbehilfe lautet: jede ärztliche Behandlung, gleichgültig ob in einem alltäglichen oder in einem sehr ernsten Fall, bedarf der Einwilligung bzw. der Zustimmung des Patienten (vgl. Geißendörfer 2009, 58). Der in dem moralischen Denken der Gesellschaft und in der Rechtsordnung verankerte Grundsatz der Freiheit, Autonomie und des Rechts auf Selbstbestimmung des Individuums verbietet jeden Eingriff einer ärztlichen Behandlung ohne die Zustimmung des Patienten. Dies gilt auch, wenn der Eingriff oder die Behandlung langfristig gesehen für den Patienten den Erhalt der Gesundheit sichern würde. Demnach gilt die passive Sterbehilfe als zulässig, wenn der Patient dies ausdrücklich wünscht (vgl. Geißendörfer 2009, 60). Unter die passive Sterbehilfe fallen beispielsweise:

- Abbruch von Beatmung oder Intubation
- Abbruch von Dialyse
- Abbruch einer Reanimation

- Abbruch künstlicher Ernährung, Flüssigkeitszufuhr oder Medikamentengabe (vgl. Geißendörfer 2009, 58).

Bei der passiven Sterbehilfe ist es wichtig, zwischen einem äußerungsfähigen und einem nicht äußerungsfähigen Patienten zu unterscheiden. Im Fall, dass der Patient seinen Wunsch ausdrücklich äußern kann, herrscht weitgehend die Einigkeit, dass es ethisch vertretbar ist, die Einleitung oder das Fortführen medizinischer Maßnahmen abubrechen. Die passive Sterbehilfe ist daher legitim, wenn eindeutig zum Ausdruck gebracht wurde, dass der Patient eine lebensverlängernde Behandlung in seinem gegebenen Zustand nicht wünscht. Der Arzt wird hier strafrechtlich oder berufsrechtlich nicht geahndet (vgl. Lipp 2005, 10).

Handelt es sich um einen einwilligungsunfähigen Patienten, so ist der Arzt dazu verpflichtet, dass er auf frühere Willensäußerungen des Patienten zurückgreift. In diesem Zusammenhang ist eine Patientenverfügung von besonderer Bedeutung. An dieser Stelle auch zu nennen, ist die Wichtigkeit einer Betreuungsvollmacht. Wenn derartiges nicht vorhanden ist, so gilt in jedem Fall die Erhaltung des Lebens. Dies gilt auch für Menschen, die nie die Fähigkeit besaßen, einen eigenen Willen zu bilden. Alleine die Unmöglichkeit oder der Zustand eines Patienten, der sich zum Beispiel im Wachkoma befindet, ist noch kein Indiz dafür, dass der Sterbeprozess begonnen hat. In den Fällen, in denen der Patient in der Vergangenheit keine eindeutige Erklärung zur Ablehnung lebenserhaltende Maßnahmen verfasst hat, müssen immer Maßnahmen zur Lebenshaltung eingesetzt werden, oder der Forderung des gesetzlichen Betreuers nachgegangen werden (vgl. Lipp 2009, 10).

2.1.5 Fallbeispiel passive Sterbehilfe

Der Sachverhalt der passiven Sterbehilfe soll im Folgenden an einem Fallbeispiel deutlich gemacht werden:

Einem Patienten wird aufgrund einer Dysfunktion des Ösophagus eine PEG-Sonde gelegt. In diesem Fall ist die physiologische Schluckfunktion des Patienten nicht mehr gewährleistet, die Folge können Schluckstörungen sein. Im Verlauf der Therapie zieht sich der Patient die Sonde immer wieder heraus. Es besteht der Grund zur Annahme, dass der Patient die Anlage nicht toleriert. In diesem Fall entscheidet der gesetzliche Betreuer, dass ein erneuter medizinischer Eingriff zur Neuanlage der Sonde nicht stattfinden soll. Der Betreuer gibt deutlich zum Ausdruck, dass eine reine Flüssigkeitstherapie durch die Gabe von Kochsalz Infusionen durchgeführt werden soll.

Dieses Fallbeispiel findet sich im medizinischen Alltag oft wieder. Die Ärzteschaft spricht jedoch ungern von der passiven Sterbehilfe, es wird vielmehr der Begriff der Sterbebegleitung bevorzugt (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2011, 347).

Die Annahme, dass der Patient „verhungern“ würde, klingt nicht nur provokant, sondern erscheint im Licht der neusten Forschung auch veraltet, denn die Minderung der Aufnahmen von Flüssigkeit und Nahrung ist Teil des natürlichen Sterbens (vgl. Ridder, 2008). In dem Prozess mit nachlassender bis hin zur absoluten Appetitlosigkeit, der allmählichen Gewichtsreduktion, der geringeren Aktivität und einem erhöhten Bedürfnis nach Schlaf, fällt der Patient in einen Dämmerzustand und erliegt rasch an den Folgen einer Infektion (vgl. Ridder, 2008).

Im Kontext verschiedener theoretischer Entwicklungen dieses Themenfeldes sind Versuche unternommen worden, die beweisen, dass die Anlage einer Sonde für den Patienten keinen Gewinn darstellt (vgl. Ridder, 2008). Dieses lässt sich durch die Studie, geleitet von Thomas Finucane von der Johns- Hopkins- Universität in Baltimore, beweisen. In einer vergleichenden Analyse untersuchte T. Finucane und seine Mitarbeiter, ob das Leben durch die Anlage einer PEG-Sonde verlängert werden kann. 2 Patientengruppen, Patienten mit PEG-Sonde und Patienten ohne PEG-Anlage, jedoch bei gleichem Krankheitsbild „Demenz“, wurden auf folgende Elemente untersucht (vgl. Ridder, 2008):

- Wird einer Lungenentzündung mit einer PEG-Sonde vorgebeugt?
- Ist die Dekubitus Gefahr mit PEG-Sonde geringer?
- Ist die Körperfunktion bei einer PEG-Sonde besser?
- Ist der Ernährungszustand mit PEG-Sonde besser?
- Ist die Organfunktion durch eine PEG-Sonde besser?

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass Ernährungssonden ernste Infektionen verursachen können und auch andere schwere Komplikationen mit sich bringen können. Der Zustand der Körperfunktion wird nicht verbessert. Weiterhin kam die Studie zu der Erkenntnis, dass das Allgemeinbefinden nicht gefördert wird. Die Studie bestätigt, dass die Überlebenszeit kürzer ist, als bei Patienten mit Demenz, bei denen die Nahrung angereicht wird. Festhalten lässt sich weiterhin, dass der Ernährungszustand bei Patienten mit PEG-Sonde bei Demenz nicht besser ist, als bei Patienten ohne PEG Sonde bei Demenz (vgl. Landschek 2008, 22).

2.2 Rechtliche Gesichtspunkte

Nachdem die verschiedenen Formen der Sterbehilfe beleuchtet wurden, ist es wichtig darauf hinzuweisen, inwieweit sich die verschiedenen Formen der Sterbehilfe, von er-

laubten bis hin zu unerlaubten, voneinander abgrenzen. Dies erfolgt mittels einer Übersichtstabelle und nach dem aktuellen Stand der Rechtspolitik:

Formen der Sterbehilfe	Rechtspolitische Lage in Deutschland
<p>Die aktive Sterbehilfe</p>	<p>§ 216 StGB Tötung auf Verlangen.</p> <p>Strafbar</p> <p>„(1) ist jemand durch das ausdrückliche und ernsthafte Verlangen des Getöteten zu Tötung bestimmt worden, so wird das mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monate bis zu 5 Jahren geahndet</p> <p>(2) Der Versuch ist strafbar“ (dejure 2015a).</p>
<p>Beihilfe zum Suizid</p>	<p>§ 217 StGB Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung</p> <p>Strafbar,</p> <p>„(1) wenn ein geschäftsmäßiger Hintergrund besteht. Wird mit einer Freiheitsstrafe von drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft“ (Deutscher Bundestag 2015).</p> <p>Straffrei,</p> <p>„(2) wenn keine geschäftsmäßige Handlung besteht und entweder Angehöriger oder nahestehender des Suizidsuchen-</p>

	den, ist“ (Deutscher Bundestag 2015).
Die indirekte Sterbehilfe	<p>Ein Arzt gibt auf Verlangen des Patienten z.B. schmerzlindernde Medikation.</p> <p>Straffrei</p> <p>„Eine ärztlich gebotene, schmerzlindernde Medikation, bei einem sterbenden Patienten, wird dadurch zulässig, da es sich als eine unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene, unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann. Im medizinischen Alltag handelt es sich bei der indirekten Sterbehilfe um den palliativen Kontext“ (Fernandes/Böhnke 2015).</p> <p>Hier handelt der Arzt nach der Notstandsregelung des § 34 StGB (vgl. Bergmann 2010, 159).</p>
Die passive Sterbehilfe	<p>Verzicht des Mediziners auf lebensverlängernde Maßnahmen, bei einer tödlich verlaufenden Erkrankung.</p> <p>Straffrei</p> <p>Wenn eine entsprechende WE vorliegt, oder diese von den Angehörigen entsprechend nachgewiesen werden kann. In diesem Fall steht die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit, gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen im Vordergrund und ist als höchstes Rechtsgut zu definieren (vgl. Fernandes/Böhnke 2015).</p>

Abbildung 2: Rechtliche Gesichtspunkte (Eigene Darstellung in Anlehnung an Fernandes Böhnke 2015; siehe auch: Deutscher Bundestag 2015; siehe auch: dejure 2015a)

2.2.1 Die Patientenverfügung

Die verpflichtende Einstellung eines behandelnden Arztes beinhaltet, das Leben eines Menschen zu erhalten, Leiden zu lindern und Gesundheit wiederherzustellen (vgl. Holzner 2015, 1126). Die heutige, moderne Intensivmedizin verfügt über ein Potenzial der Intervention, das bei maximalem Einsatz, nicht mehr in jedem einzelnen Fall als angemessen erscheinen mag (vgl. Holzner 2015, 1126). Im Fall, dass der Patient aktuell nicht mehr einwilligungsfähig ist, kommt es hier auf seinen in der Vergangenheit geäußerten Willen, der sogenannte Patientenverfügung, an. Der einwilligungsfähige Patient ist zur Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts befähigt (vgl. Holzner 2015, 1128). Entsprechend dessen, hat der Bundesgerichtshof in einem Urteil, über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode, im Jahr 2003 folgendes Urteil gefällt (BGHZ 154, 205, 224; Az.: XII ZB 2/03) (vgl. Holzner 2015, 1128):

In dem konkreten Fall ging es um einen Patienten, der infolge eines Myokardinfarktes an einem hypoxischen Gehirnschaden im Sinne eines apallischen Syndroms litt. Der Patient wurde über eine PEG-Sonde ernährt. Eine Kontaktaufnahme zu dem Betroffenen war nicht möglich. Der Sohn, der zuvor von dem Betroffenen zum Betreuer u.a. für den Aufgabenbereich „Gesundheit“ bestimmt wurde, verlangte, nach Absprache mit der Ehefrau und der Tochter des Betroffenen, die künstliche Ernährung seines Vaters einzustellen. Weiterhin hat der Betreuer auf eine vom Betroffenen handschriftlich unterzeichnete Patientenverfügung verwiesen. Der Bundesgerichtshof hat zur Zulässigkeit lebenserhaltender oder-verlängernden Maßnahmen allgemein Stellung genommen und auch die Bedeutung der Patientenverfügung unterstrichen.

Der BGH entschied, dass bei einem einwilligungsunfähigen Patienten, sofern das Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hätte, lebenserhaltende oder verlängernde Maßnahmen zu unterlassen sind, wenn dies, in Form einer Patientenverfügung dem geäußerten Willen des Betroffenen entspricht. Weiterhin kam in diesem Urteil zum Ausdruck, dass im Falle eines vom Patienten bestellten Betreuers der Patientenwille gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung Ausdruck und Geltung zu verschaffen ist (vgl. BGH 2003).

Die Patientenverfügung ist im BGB „§1901a Patientenverfügung“ gesetzlich verankert (vgl. PatVerfü-Handbuch 2015). In einer derartigen Verfügung kann das Individuum festlegen, ob der Verfasser in bestimmten Untersuchungen, Behandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder diese untersagt. Der Verfasser einer Patientenverfügung muss das 18. Lebensjahr erreicht haben. Die Verfügung muss schriftlich erfasst sein.

Schriftlichkeit bedeutet nicht Eigenhändigkeit, sondern lediglich Unterschrift gemäß §126 BGB. Es ist dem Betroffenen freigestellt, eine Verfügung handschriftlich zu errichten oder diese von einer dritten Person erstellen zu lassen. Eine Erstellung am PC gilt ebenfalls als Zulässig (vgl. drze 2015).

Demnach ist es unumstritten, dass der Patient selbst urteilen kann, ob er sein Leben als „lebenswert“ definiert. Fehlt eine Patientenverfügung, muss der mutmaßliche Wille erörtert werden. In diesem Fall entscheidet der Bevollmächtigte des Patienten. Der Bevollmächtigte ist ein gerichtlich bestellter Betreuer. Das Gesetz verlangt, dass der Betreuer mit den Aufgaben vertraut wird, die der Patient selbst nicht mehr erledigen kann, darunter kann die Regelung aller finanzieller Angelegenheiten fallen, Regelung um die Aufenthaltsbestimmung, sowie die der Gesundheitsvorsorge (vgl. Familienratgeber 2015).

2.2.2 Aktueller Stand der politischen Lage in Deutschland

Wie einleitend thematisiert, wird über das Thema Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid in der breiten Gesellschaft schon lange diskutiert. Der Schwerpunkt der Sterbehilfe liegt in der Palliativpflege. Dies ist nur ein Beispiel dafür, dass Mediziner oft unsicher sind, wie groß die Palette der medizinischen Möglichkeiten bei der Sterbehilfe sein kann (vgl. Klinkhammer/Richter-Kuhlmann 2015, 944).

Seit November 2014 wird im Bundestag eine Debatte über eine gesetzliche Neuregelung der Sterbehilfe geführt. In einem ersten Beratungsverfahren ging es darum, ob und wie der Gesetzgeber die Sterbehilfe regeln soll. Diese sogenannte Orientierungsdebatte kennzeichnete sich dadurch, dass fraktionsübergreifende Abgeordnetengruppen vier Gesetzentwürfe vorgestellt haben, die sich, wie in der Abbildung 2 dargestellt, folgendermaßen voneinander abgrenzten (vgl. Klinkhammer/Richter-Kuhlmann 2015, 944):

TABELLE				
Übersicht über die Gesetzentwürfe				
Gesetzentwurf	1	2	3	4
Initiatoren	Thomas Dörflinger und Patrick Sensburg (beide CDU)	Michael Brand (CDU), Kerstin Giese (SPD), Harald Terpe (Grüne), Kathrin Vogler (Linke), Michael Frieser (CSU)	Peter Hintze (CDU), Karl Lauterbach und Carola Reimann (beide SPD)	Renate Künast (Grüne) und Petra Sitte (Linke)
Suizidbeihilfe	generell strafbar	strafbar, wenn geschäftsmäßig	straffrei für Ärzte, wenn Voraussetzungen erfüllt	straffrei, wenn kein Gewinn erzielt wird
Sonderrolle für Ärzte	nein	nein	ja	nein
Verankerung	Strafgesetzbuch	Strafgesetzbuch	Bürgerliches Gesetzbuch	Strafgesetzbuch
Entwurf im Internet	http://d.aerzteblatt.de/YU29	http://d.aerzteblatt.de/AT47	http://d.aerzteblatt.de/RB29	http://d.aerzteblatt.de/GZ73

Abbildung 3: Übersicht Gesetzentwürfe (Klinkhammer/Richter-Kuhlmann 2015, 943)

Die Gesetzentwürfe unterschieden sich von einem generellen Verbot der Sterbehilfe bis hin zur absoluten Straffreiheit, sofern die Sterbehilfe von einem Arzt geleistet wird und die Voraussetzungen erfüllt sind. Weiterhin unterscheiden sich die Entwürfe in ihrer Verankerung. So wird eine Verankerung im StGB, also auch im BGB vorgeschlagen. Initiatoren, wie Renate Künast und Petra Sitte, haben dazu geworben, keine gesetzliche Veränderungen einzuschlagen (vgl. Klinkhammer/Richter-Kuhlmann 2015, 944).

Nach rund einjähriger Meinungsbildung haben sich die Abgeordneten im Plenum am 06. November für den zweiten Gesetzentwurf entschieden, der geschäftsmäßige Sterbehilfe verbietet (vgl. Feuerbach 2015):

§ 217 StGB Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

- (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahre oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht. (stHD 2015b).

Der von Michael Brand (CDU), Kerstin Griesse (SPD), Harald Terpe (Grüne), Kathrin Vogler (Linke) und Michael Frieser (CSU) geforderten Gesetzentwurf ist am 10. Dezember 2015 in Kraft getreten (vgl. DGHS 2015).

Daraus lässt sich entnehmen, dass die geschäftsmäßige Sterbehilfe in Deutschland künftig strafbar ist. Die Formulierung zielt darauf ab, den umstrittenen Vereinen, die Beihilfe zum Suizid leisten, die Grundlage zu entziehen. Zur genaueren Erläuterung der Tätigkeit derartiger Vereine, wird im Rahmen des Issuesmanagement in Kapitel 3 dieser Arbeit der Verein „Sterbehilfe Deutschland e.V.“ beleuchtet.

Straffrei bleiben Angehörige oder Nahestehende, die dem Suizidsuchenden bei der Intension der Selbsttötung Unterstützung leisten (vgl. Feuerbach 2015).

Ein weiterer, zu thematisierende Punkt in Bezug auf die aktuelle politische Lage rund um das Thema „Sterbehilfe“, ist der vom 05. November 2015 veröffentlichte Gesetzesbeschluss zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (vgl. Pfüller 2015). Der Beschluss soll 2016 in Kraft treten und sieht diverse Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuchs vor.

Demnach soll die Palliativversorgung Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Ziel dieser Initiative ist es, die ambulante und stationäre Versorgung von Menschen in einer terminalen Lebensphase zu optimieren und flächendeckend auszubauen. Hierzu berichtet die Zeit Online, dass die GKV 200 bis 300 Millionen € zusätzlich ausgeben sollen (vgl. ZEIT ONLINE 2015). Zur Stärkung der Qualität der Palliativversorgung sollen zusätzliche vergütete Leistungen vereinbart werden. Auch soll die finanzielle Ausstattung von stationären Kinder- und Erwachsenen Hospizen verbessert werden. Weiterhin soll die Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und von spezialisierten ambulanten Palliativversorgungen (SAPV) gestärkt werden.

Durch die Beleuchtung der aktuellen politischen Lage in Deutschland, lässt sich festhalten, dass die Sterbebegleitung zum wesentlichen Fokus unserer Gesellschaft wird und politisch gestützt wird. Der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung will die Politik den Rücken kehren. Als Gründe lässt sich in der Literatur finden, dass man Angst habe, auf Kranke, Alte sowie Behinderte einen Druck auszuüben, die aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid zu verlangen. Laut Roggendorf würden sich ältere Menschen ohnehin schon selbst als Last für sich und ihre Umwelt empfinden. Es seien also Missbrauchsgefahren, die neben ethischen und religiösen Überzeugungen letztlich ausschlaggebend für die neue Gesetzesentwicklung in Deutschland ist (vgl. Roggendorf/Eckert 2012, 643).

2.2.3 Ländervergleich

Bei der Recherche zu der Frage, wie die aktive Sterbehilfe in anderen Ländern organisiert ist, konnte die Verfasserin folgende schlüssige Vergleiche ziehen. Neben Deutschland ist in den Nachbarländern Frankreich, Italien, Österreich, Polen, Spanien und in Dänemark die aktive Sterbehilfe, sowie die Beihilfe zum Suizid, derzeit nicht erlaubt oder es gibt keine genau definierte Rechtsgrundlage. In Belgien hingegen, ist die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Der Patient muss sich in einer aus medizinischer Sicht ausweglosen Situation befinden. In dieser Situation muss ein unerträglich physisches oder psychisches Leid anhaltend, bestehen. Gemeinsam mit dem Arzt muss der Patient durch mehrere Gespräche zu dem Entschlusskonsens kommen, dass es keine andere „vernünftige Lösung“ gibt (vgl. Mayr/Ternieden 2014). Gleiches gilt auch in den Niederlanden, wo die aktive Sterbehilfe durch einen Arzt seit 2002 legalisiert wurde (vgl. Mayr/Ternieden 2014). Es gilt ebenfalls festzuhalten, dass die Niederlande das erste Land war, in welchem aktive Sterbehilfe legalisiert wurde.

In der Schweiz hingegen ist die aktive Sterbehilfe verboten und wird als Mord oder Totschlag auf Verlangen strafrechtlich geahndet. Die Beihilfe zum Suizid ist hier hingegen straffrei, solange keine selbstsüchtigen Beweggründe, also Gewinne, vorliegen. In der Schweiz gibt es mehrere Organisationen, die Beihilfe zum Suizid anbieten. Gleiches findet sich auch in Dänemark, hier ist die aktive Sterbehilfe ebenfalls verboten, passive und indirekte Sterbehilfe hingegen bleibt straffrei. Patientenverfügungen werden in einem zentralen Register erfasst. Weiterhin, unter bestimmten Bedingungen erlaubt, sind die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid seit 2009 in Luxemburg. Der Patient muss sich hier ebenfalls in einem irreversiblen Krankheitszustand befinden und das 18. Lebensjahr erreicht haben. Bei 16- bis 18-Jährigen Patienten hat der gesetzlicher Betreuer dem Prozess der Sterbehilfe zuzustimmen (vgl. Mayr/Ternieden 2014).

2.3 Hospiz

Der Begriff Hospiz stammt aus dem lateinischen „hospizium“ und bedeutet übersetzt „gastliches Haus, eine Herberge, die Gastfreundschaft“ (vgl. Beck 2001, 1178). Die Historie der Hospizidee reicht bis zu 2000 Jahre zurück und hatte ihre ersten Vorläufer im römischen Reich. Im 17. Jahrhundert gründete Vinzenz von Paul in Paris das erste Hospiz „Filles de la Charité“. Ein weiterer wichtiger Name in der Hospizbewegung ist das 1967 in London gegründete „St. Christopher’s Hospice“ das zum weltweiten Vorbild für Hospizeinrichtungen wurde (Burgheim 2006, 239). Die Hospizbewegung ist in ihrer Zielsetzung und ihrem Ursprung eine Antwort auf die Gesamtheit der Bedürfnisse von sterbenden Menschen. Hospize gehen in ihrer Arbeit davon aus, dass Menschen nicht durch fremde Hand den Tod erleiden sollen, sondern in Begleitung eines vertrau-

ten Menschen oder einer vertrauten Umgebung sterben dürfen (vgl. Jentschke 2006, 49).

2.4 Palliativmedizin

Palliative Behandlung bedeutet „lindernde Therapie“ (vgl. Krukemeyer 2004, 230). Bei der palliativen Therapie geht es um den umfassenden Beistand bei einer letztlich unheilbaren Krankheit. Die Palliativmedizin ist in der Lage, Schmerzen, besonders Tumorschmerzen, fast immer auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Dies geschieht durch die Gabe von schmerzlindernden Medikamenten, wie beispielsweise Morphin. Ziel der palliativen Therapie ist es, dem Patienten und dessen Angehörigen eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten (vgl. Schmiedebach/Woellert 2006, 1132). Palliativstationen sind in Deutschland an Krankenhäuser angegliedert und stehen unter ärztlicher Leitung. Die palliative Therapie wird von einem interdisziplinären Team, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Sozialarbeitern, begleitet (vgl. Beck 2001, 1177).

Nach der Weltgesundheitsorganisation lautet die Begriffsbestimmung wie folgt: „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (Palliativ Portal 2015).

Die Argumente der WHO sind plausibel. Im weiteren Verlauf der ausführlichen Erklärung der WHO heißt es außerdem, dass sich die Palliativmedizin hauptsächlich mit kranken Patienten beschäftigt, die z.B. an Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium leiden. Darüber hinaus fallen Patienten mit Immunschwäche oder bestimmten neurologischen Krankheiten in das Therapiekonzept der palliativen Pflege (vgl. Beck 2001, 1177).

Laut dem Autor L. Beck sterben in Deutschland ca. 250.000 Menschen pro Jahr an bösartigen Krankheiten. Demnach liegt es nahe, dass bei steigender Lebenserwartung, sowie dem Fortschritt der medizinischen Technik, mit einer weiteren Zunahme dieser Patientengruppen, und somit der Nachfrage an derartige Institutionen, zu rechnen ist (vgl. Beck 2001, 1179).

Folgende Grafik (Abb. 3) bestätigt die Theorie der steigenden Nachfrage an stationäre Hospize und Palliativstationen:

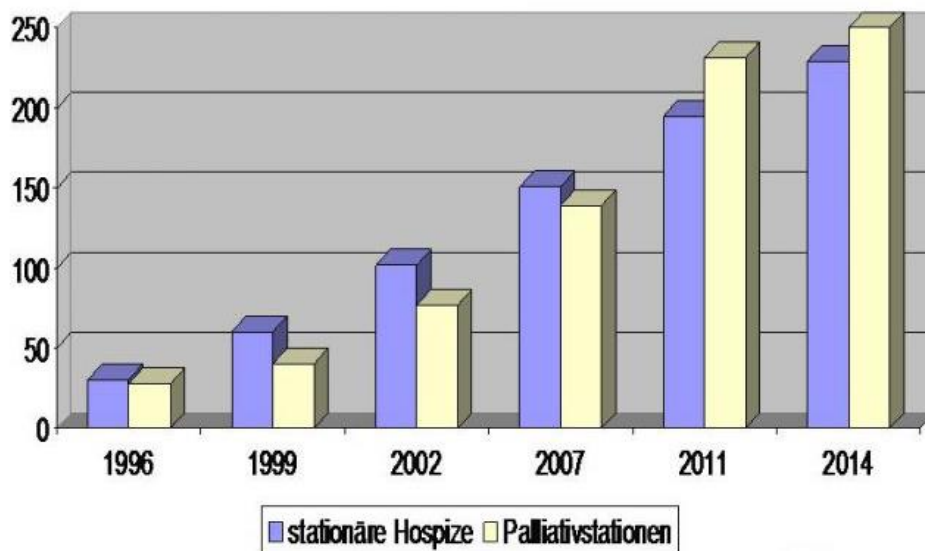


Abbildung 4: Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen (dhpv 2015)

Ein weiterer nennenswerter Punkt zur steigenden Nachfrage derartiger Versorgungseinrichtungen ist der Wunsch vieler Menschen, die letzte Phase ihres Lebens nicht in der oft als kalt empfundenen Welt des Krankenhauses, sondern in einer vertrauten oder auch selbst gestalteten Umgebung verbringen zu können (vgl. Beck 2001, 1179).

2.5 Ethische Gesichtspunkte

Der Begriff Ethik findet seinen Ursprung im Griechischen „ethos“ und wird mit „Sitte und Gewohnheit“ übersetzt (Pieper 2007, 24). Da es sich bei der Diskussion um die Sterbehilfe um einen Aspekt der Medizin-Ethik handelt, wird im Folgenden der Begriff „Ethik“ an einem Exempel des Philosophen Immanuel Kant kurz erläutert. Kant nannte sein Buch über Ethik „Kritik der praktischen Vernunft“ (vgl. neue Moral). In diesem Sinne ist die Ethik nicht nur ein Teil hochgeistiger Philosophie, sondern auch ein Teil des praktischen Handelns (vgl. neue Moral). Die Ethik befähigt die Gesellschaft auch dort zum Zusammenhalt, wo die unfreien natürlichen Instinkte des Menschen dazu nicht ausreichend sind. Aus diesem Grund lässt sich konstatieren, dass die Ethik dem Einzelnen sagt, wie er sich vernünftig zu verhalten hat und in gewissen Situationen seine Egoismen zurückstellen soll. Daraus lässt sich festhalten, dass die Ethik ein gewisses Maß an Reflexion des getätigten Verhaltens erwartet, um ein sittliches Zusammenleben in einer Gesellschaft, Gruppe oder Epoche zu ermöglichen (vgl. Pöltner 2006, 17).

2.5.1 Medizin - Ethik

In der Medizin-Ethik spricht man von Handlungen und Haltungen in allen Bereichen des Medizinsektors. Primärziel ist es, dass der Arzt in jedem Einzelfall eine Entscheidung nach besten Wissen und Gewissen trifft. Dieses Handeln umfasst an erster Stelle, dass der kranke Mensch geheilt wird und dass Leiden und Schmerzen erleichtert werden. Letzteres tritt ein, wenn eine vollständige Heilung nicht mehr als möglich erscheint (vgl. Noack/Fangerau/Vögele 2007, 3). Ein weiterer wichtiger Faktor im Rahmen der Medizin-Ethik ist die Prävention, also Verhinderung von Krankheiten und Rehabilitation (Kuhn/Wildner 2015). Es lässt sich daher festhalten, dass sämtliche Belange im Gebiet des Gesundheitssektors ethisch bewertet werden können. Dies betrifft nicht nur Handlungen und Haltungen der Ärzteschaft und der Pflege, sondern auch die gesamte Organisation des Gesundheitswesens (vgl. Noack/Fangerau/Vögele 2007, 3). Aus diesem Grund wurden in den 90er Jahren in Deutschland die ersten Ethikkomitees gegründet. Ethikkomitees tragen in ihrer Beratung die Aufgabe, bei alltäglichen Problemen in der Behandlung, sowie der Pflege von Patienten zu helfen (vgl. drze 2015).

Folgende Probleme zählen zu den häufigsten Konflikten in der Medizin-Ethik:

- Schwangerschaftsabbruch
- Sterbehilfe
- Apparatemedizin
- Humanexperimente
- Künstliche Erzeugung von Menschenleben
- Gehirnochirurgie
- Organverpflanzung
- Informationspflicht
- Paternalismus (Pieper 2007, 94)

Berücksichtigt man diese Gesichtspunkte, dann wird deutlich, dass in der Diskussion um die Sterbehilfe, neben der rechtlichen Fragestellung, der Schwerpunkt bei den ethischen Relevanzen liegen sollte. Der Terminus „Lebensqualität“, welcher im palliativen Kontext oft in Gebrauch ist, eröffnet die Frage, ob es ein von Lebensqualität geprägter Vorgang ist, den Sterbeprozess durch Maßnahmen, wie die der Gabe von Opioiden, zu verlängern? Es gilt an diesem Punkt festzuhalten, dass nicht alles, was medizinisch machbar ist, zu einem Nutzen und somit zur Förderung der Lebensqualität für den Patienten führt. Zur Erklärung dieses Phänomens wird in der Literatur eine ganze Reihe unterschiedlicher Ansätze dargestellt, wie beispielsweise, dass in der Notfallmedizin unter häufig widrigen Bedingungen Entscheidungen getroffen werden, deren Konsequenzen für einen Patienten nicht abschätzbar sind.

In diesen Situationen werden Patienten oft prolongierten extramuralen Reanimationsmaßnahmen unterzogen, ohne weitere Perspektive und schlechter Prognose, um dann

im Setting der Intensivstation, den Sterbeprozess einzuleiten. In Folge dessen wird der Sterbeprozess verlängert (vgl. Roggendorf/Eckert 2012, 640).

Es wäre daher zu wünschen, dass bei Patienten, die sich in einem Stadium der Palliativbetreuung befinden, nicht immer nach dem ärztlichen Grundsatz, zum Wohle des Patienten, gehandelt werden würde. Vielmehr sollte hinterfragt werden, ob das Leben für den Patienten noch lebenswert ist.

Folgende Abbildung (Abb.4) bestätigt, dass eine Verlängerung des Sterbeprozesses mit keinem ethischen Grundprinzip der Medizin vereinbar ist (vgl. Valentin 2010, 30):

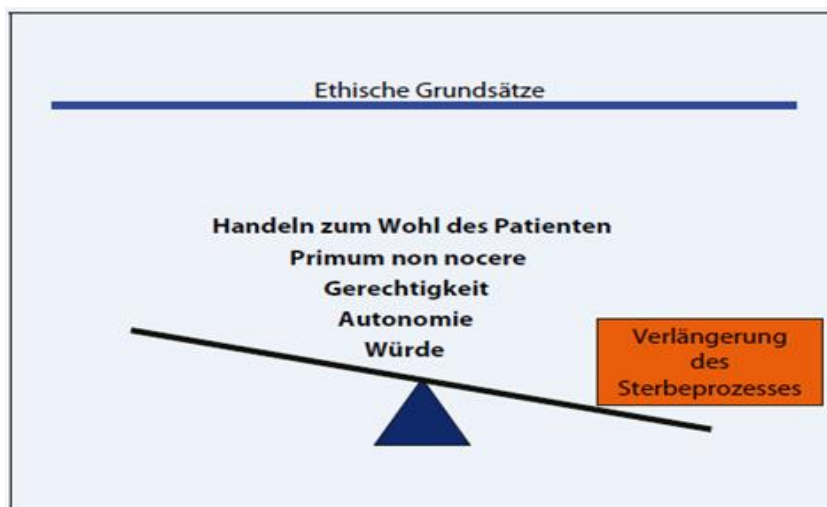


Abbildung 5: Verlängerung des Sterbeprozess (Valentin 2010, 30 Roggendorf/Eckert 2012, 640)

2.5.2 Lebensqualität

Wie bereits erörtert, wird im Kontext der Sterbehilfe oft der Terminus Lebensqualität verwendet. Im Folgenden soll dargestellt werden, was Lebensqualität im Kontext der Pflege von terminalen, also sterbenden Patienten, bedeutet.

Der zurzeit enorme Fortschritt in der Medizin, verbunden mit suggerierten Heilserwartungen, bringt eine Vielzahl an therapeutischen Möglichkeitsspektren mit sich. Im Sinne einer Lebensverlängerung werden heute Krankheiten, die früher schnell zum Tode geführt hätten, erfolgreich behandelt. Oft wird in diesen Fällen kein kausaler Therapieverlauf durchgeführt, sondern eine symptombezogene Therapie, zur Behandlung von Schmerzen oder Unruhezuständen, eingesetzt. Eine endgültige Heilung kann selten erreicht werden (vgl. drze 2015).

In der Diskussion rund um die Lebensqualität besteht eine wachsende Skepsis gegenüber der Aussagekraft der reinen Lebensverlängerung als alleinigem Gütekriterium für

eine erfolgte Therapie. An dieser Stelle weiterhin zu nennen, ist der Wunsch nach einer allgemeinen Sensibilisierung der psychosozialen Dimensionen für den Patienten bei krankheitsbezogenen Therapiemaßnahmen. Die Lebensqualität wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie folgt definiert:

„Quality of Life is defined as an individual's perception of his/her position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, and their relationship to salient features of their environment” (WHO 1997).

Diese Definition beruht auf der Tatsache, dass Gesundheit ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen ist (vgl. WHO 1997). Diese Definition unterstützt die Aussage der oben genannten Problematik in der Diskussion um die Lebensqualität in der Medizin. Demnach ist die Gesundheit viel mehr als nur ein rein objektives Gütekriterium eines Arztes und beschreibt auch nur einen Teilaspekt der Lebensqualität (vgl. WHO 1948). Somit ist die Lebensqualität im Bereich der Humanmedizin ein Zusammenspiel aus mehreren Teilaspekten. Zu den weiteren Einflussfaktoren gehört neben Wohlstand, Freiheit, Politik, Kultur, Religion und Bildung auch das subjektiv Erfassbare.

Mit der Frage „wie geht es Ihnen?“ verfolgt ein Arzt kein anderes Ziel, als Auskunft über das subjektive Wohlbefinden des Patienten zu erhalten. Das subjektive Erleben und das geäußerte Befinden in der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten rücken immer näher in den Fokus einer erfolgreichen Behandlung und tragen somit entscheidend zur erfolgreichen Urteils- und Entscheidungsfindung bei (vgl. Bullinger/Siegrist/Ravens-Sieberer 200, 11).

In diesem Zusammenhang entstand der Begriff der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (health related quality of life) Dieser bezieht sich darauf, dass trotz Krankheitszustand, das gewohnte emotionale und soziale Wohlbefinden beibehalten werden kann. Unter der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird ein Zusammenspiel eines multidimensionalen Konstrukts verstanden. Dieses Konstrukt ist nicht unmittelbar erfassbar, sondern wird lediglich indirekt über Indikatoren erschlossen (vgl. Gunnars/Nygren/Glimelius 2001, 40). Hierzu zählen die in der Tab.2 dargestellten drei wesentlichen Aspekte:

Kategorie	Beschreibung
Physisches Befinden	<p>Beurteilung des Gesundheitszustands, der körperlichen Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit. Beurteilung der körperlichen Beschwerden und der Belastbarkeit.</p> <p>Darunter fällt; sich fit fühlen, sich in seinem Körper sicher und gut fühlen, sich beschwerdefrei fühlen</p>
Psychisches Befinden	<p>Beurteilung der kognitiven Funktionsleistung und des emotionalen Befinden mit Stimmungsdimensionen wie Angst, Reizbarkeit, Nervosität und Niedergeschlagenheit.</p> <p>Darunter fällt; sich wohl fühlen, sich ausgeglichen fühlen und kompetent fühlen.</p>
Soziales Befinden	<p>Einbindung in die Struktur der Familie, wie Partnerschaft und Ehe, sowie des Freundeskreis.</p> <p>Darunter fällt; sich gemocht fühlen und sich gebraucht fühlen.</p>

Abbildung 6: gesundheitsbezogene Lebensqualität (Eigene Darstellung in Anlehnung an Gunnars/Nygren/Glimelius 2001, 40)

In dem Bestreben eine ganzheitliche Definition der Lebensqualität zu liefern, die sowohl objektive als auch subjektive Aspekte umfasst, könnte man Lebensqualität auch als eine Anhäufung von erfüllten Erwartungen definieren.

Vor allem von älteren Menschen der vierten Lebensphase, erfahren wir eine wesentliche Einschränkung dieser Aspekte. Da ältere Menschen gewöhnlich mehr Einschränkung in ihrer Lebensqualität oder ihren funktionellen Bereichen erleben, stellt die Behandlung für ältere Patienten, im Vergleich zu jüngeren Patienten, eine geringere Verbesserung der Lebensqualität dar. Dies kann der Fall sein, wenn die Lebensqualität aus anderen Gründen schon eingeschränkt ist, z.B. durch andere Begleiterkrankungen des Patienten, was zu Wechselwirkungen mit der eingesetzten Therapie führen kann und daher die Behandlung nicht zur effektiven Verbesserung der Lebensqualität führt (vgl. Siegrist 2005a, 221).

Eine Zuordnung der „altersphasenspezifischen Lebensqualität“ wurde von dem Autor Siegrist vorgenommen und ist wie folgt zu unterscheiden (vgl. Siegrist 2005b, 22):

- (1) Autonomie, Kontrolle über die Lebensgestaltung
- (2) Erlebensorientierung, Ausweitung des Erfahrungsreiches
- (3) Vergnügung und Entspannung
- (4) Sozioemotional befriedigende Kontakte und Beziehungen
- (5) Soziale Produktivität und günstige Auswirkungen auf die Selbstregulation (Siegrist 2005, 221).

Durch die Zuordnung von Siegrist lässt sich erkennen, dass der Fokus der Lebensqualität von älteren Menschen nicht unmittelbar in der Erhaltung der vollständigen Gesundheit liegt. Vielmehr nennt er in der altersphasenspezifischen Lebensqualität als wichtig, eine selbstbestimmte Kontrolle über die individuelle Gestaltung des Lebens zu behalten.

3 Stakeholder, Issuesmanagement

3.1 Vertreter Pro Sterbehilfe

Es wird angenommen, dass die aktive Sterbehilfe in Deutschland etwa ein Prozent der Todesfälle ausmacht. Die Dunkelziffer dürfte weit höher sein, vermutet der Hamburger Strafrechtler Reinhard Merkel (vgl. Bardola 2009, 23). Im Kontext verschiedener theoretischer Entwicklungen im Themenfeld der Sterbehilfe sind verschiedene Untersuchungen unternommen worden, die darstellen, dass die Mehrheit der Deutschen die aktive Sterbehilfe befürwortet.

Eine Studie des Instituts für Demoskopie „Allensbach“, kam zu dem Ergebnis, dass die deutliche Mehrheit der Bevölkerung der Forderung, schwerstkranken Menschen auf deren ausdrücklichen Wunsch hinweg aktiv Sterbehilfe zu leisten, positiv gegenüber steht. 67 Prozent sprechen sich dafür aus, aktive Sterbehilfe in Deutschland zu legalisieren. Das Institut befragte hierzu 530 Personen ab 16 Jahren in Deutschland. Die Erhebung zur Messung der Zustimmung gegenüber der aktiven Sterbehilfe in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen erfolgte im Zeitraum vom 1. bis 11. September 2014. Die Probanden antworteten in der dargestellten Befragung (Abb. 5), auf die Frage: „Zurzeit wird ja viel über aktive Sterbehilfe diskutiert. Das bedeutet, dass man das Leben schwerkranker Menschen, die keine Chance mehr zum Überleben haben, auf deren eigenen Wunsch hin beendet. Sind Sie für oder gegen die aktive Sterbehilfe?“ (IfD Allensbach 2014).

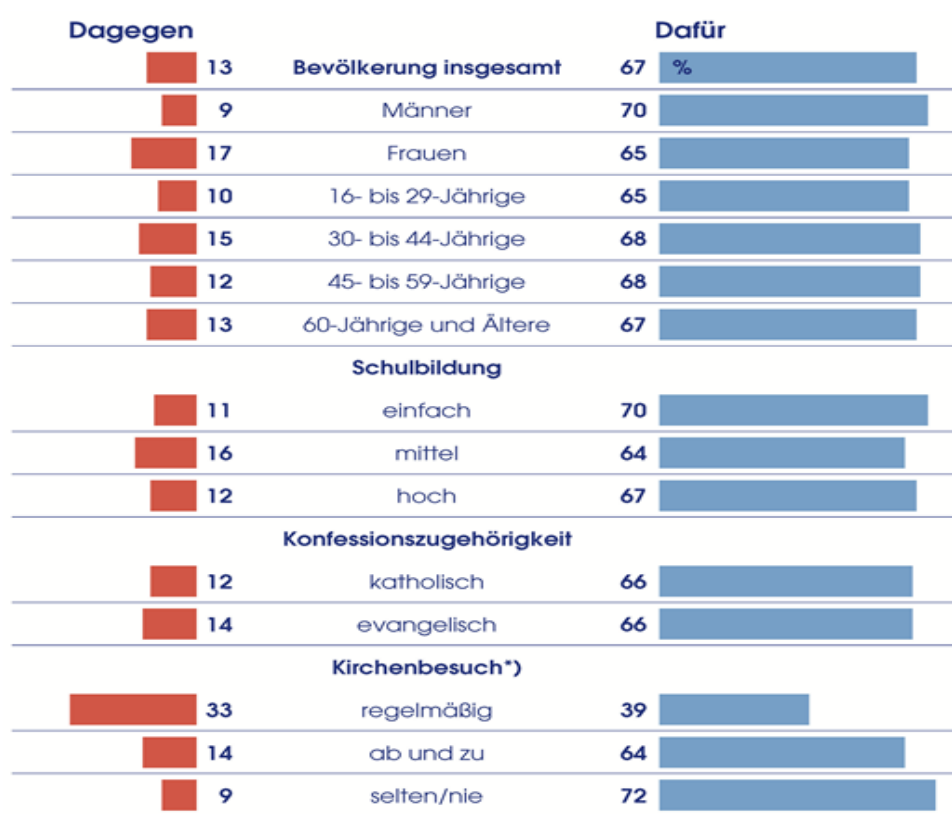


Abbildung 7: Studie zur Sterbehilfe (Institut für Demoskopie Allensbach 2014)

Die Zustimmung der aktiven Sterbehilfe geht quer durch die Bevölkerungsschichten, und ist weitestgehend unabhängig von Alter, Geschlecht, Bildung oder Konfessionszugehörigkeit. Demnach sind 70 Prozent der Männer und 65 Prozent der Frauen für die Zulassung der aktiven Sterbehilfe.

Weiterhin lässt sich aus der Studie entnehmen, dass die Schulbildung kaum eine Auswirkung darauf nimmt. In allen Bildungsschichten sprechen sich mit 64 bis 70 Prozent eine große Mehrheit für die aktive Sterbehilfe aus. Ein weiteres schlüssiges Ergebnis der Studie ist, dass eine Mehrheit der katholischen und evangelischen Konfessionszugehörigen, Fürsprecher der aktiven Sterbehilfe sind.

Am wenigsten eindeutig ist das Bild lediglich bei den regelmäßigen Kirchgängern. Hier sind 39 Prozent für und 33 Prozent gegen die aktive Sterbehilfe. Größte Akzeptanz bei der Sterbehilfe findet sich in der Form der passiven Sterbehilfe wieder. Hierzu spre-

chen sich in der Studie 78 Prozent aus. Nur 7 Prozent der Befragten sind gegen die Form der passiven Sterbehilfe (vgl. IfD Allensbach 2014).

In einer Studie der Bertelsmann Stiftung wurde das Meinungsbild der Ärzte getestet und kam zu dem Ergebnis, dass sich 67 Prozent, auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten hin, vorstellen können die lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen, wenn ansonsten durch die Maßnahmen nur der Todeseintritt verzögert wird, die Krankheit jedoch nicht mehr aufzuhalten ist. Der Frage, „ob auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten eine Selbsttötung unter Mithilfe eines Arztes möglich sein sollte“ (Bertelsmann Stiftung 2005), stimmten 45 Prozent der befragten Nichtärzte zu. In der Ärzteschaft lag der Zuspruch gegenüber dieser Frage allerdings nur bei 10 Prozent (vgl. Bertelsmann Stiftung 2005). Zum weiteren Erkenntnissen dieser Studie gehört es, dass jeder dritte Arzt bereits darum gebeten worden ist, tödliche Medikamente zu verschreiben, um somit Beihilfe am Suizid zu leisten (vgl. Zuber 2012).

Die Ergebnisse der Meinungsforschungsinstitute sind stichhaltig. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass das Ergebnis von Umfragen sehr stark von der Fragestellung abhängig ist (vgl. Overdick-Gulden/Frisch 2007). Es lassen sich für diesen Aspekt mehrere Gründe anführen. Zentraler Grund ist es, dass die Befragten durch soziopsychologische Aspekte eventuell unbewusst beeinflusst waren. Als Grund hierfür lässt sich für den Befragten eine in der Vergangenheit erlebte und schmerzgeprägte Sterbegleitung eines nahestehenden Angehörigen anführen. Aufgrund dessen, müssen im weiteren Verlauf dieser Arbeit die Vertreter „Pro Sterbehilfe“ untersucht werden, um anschließend die Vertreter „Contra Sterbehilfe“ im Rahmen des Issuemanagements, systematisch darstellen zu können.

3.1.1 Angehörigen Verbände

Ein Angehörigen Verband ist ein Zusammenschluss von Personen mit gleichen Interessen zur Verfolgung gemeinsamer Ziele. Die Mitglieder derartiger Verbände sind meistens betroffene Angehörige oder Interessenvertreter (vgl. bpb 2015). Sie können in Vertretung eines sterbenden Familienmitgliedes fungieren. Auch Interessensvertreter, die Angst vor einem unwürdigen, schmerzgeprägten Sterben haben, schließen sich derartigen Verbänden an. Vertreter von Angehörigen Verbänden der Sterbehilfe setzen sich in Ihrer Arbeit dafür ein, die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten und in den politischen Entscheidungsprozess mit einfließen zu lassen. Sie helfen ihren Mitgliedern beim Erstellen und beim Durchsetzen von Patientenverfügungen. Ein weiteres Ziel, ist die Öffentlichkeitsarbeit und das Aufklärungsmanagement zur Sensibilisierung der Gesellschaft gegenüber dem Thema „Sterbehilfe“ (vgl. bpb 2015).

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), welche im Rahmen des Kampagnenmanagements in Kapitel fünf beleuchtet wird, zählt mit 25.000 Anhängern die meisten Mitglieder (vgl. Patalong 2014). Zu den weiteren Interessenvertretern, die die ethische Lebensauffassung „alle Menschen haben die gleiche Freiheit und die Verantwortung, ihrem Leben Sinn zu geben“ (HVD 2015) gehören beispielsweise der Humane Verband Deutschland (HVD), und die Humanistische Union (HU). Sie vertreten eine säkulare Auffassung vom Leben und der Welt (vgl. HVD 2015).

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass derartige Verbände Non Profit Organisationen (NPO) sind, und somit als gemeinnützige Vereine anerkannt sind. Non Profit Organisationen finanzieren sich aus Mitgliederbeiträgen und Spenden. Sie dürfen keine Gewinne erwirtschaften (vgl. Hirth 2013, 51).

3.1.2 Der Verein „Sterbehilfe Deutschland e.V.“

Die Suizidhilfe ist als Vereinstätigkeit in Deutschland verboten. Sterbehilfevereine in der Schweiz, die dort legal agieren, dürfen auch nicht auf deutschem Boden Vorbereitungen für eine Suizidhilfe treffen (vgl. Kamann 2015). Um einen Beitrag zum Fortschritt in der Diskussion um die Sterbehilfe zu leisten, ist es dennoch wichtig, die Argumentationen des Vereins zu untersuchen.

Hinter dem Namen „Sterbehilfe Deutschland e.V.“ stehen zwei Vereine: Sterbehilfe Deutschland e.V. mit Sitz in Oststeinbek und Gründung im Jahr 2009, sowie dem Verein Sterbehilfe Deutschland e.V. mit Sitz in Zürich und dessen Entstehung im Jahr 2012. Beide Vereine sind rechtlich selbstständig, sie arbeiten jedoch eng zusammen (vgl. StHD 2009).

Sterbehilfevereine sehen die Selbstbestimmung als ein Ausdruck der Menschenwürde und Autonomie. StHD verfolgt das Ziel, „das Selbstbestimmungsrecht des Individuums in Deutschland so zu verankern, wie es in der Schweiz für Menschen am Lebensende selbstverständlich ist“ (StHD 2009). In der Satzung wird der Vereinszweck wie folgt definiert:

„(1) Alle Menschen haben das Recht auf Selbstbestimmung bis zum letzten Atemzug. In erster Linie verfolgt der Verein das gesellschaftspolitische Ziel, dieses Recht in Deutschland nach Schweizer Vorbild zu verankern. Der Verein unterstützt seine Mitglieder bei der Durchsetzung dieses Rechts. Er gibt sich ethische Grundsätze, die für alle im und für den Verein tätigen Personen verbindlich sind.

(2) Der Verein steht seinen Mitgliedern bei der Gestaltung eines würdigen Ausklangs ihres Lebens beratend zur Seite“ (StHD 2009).

Im weiteren Verlauf der Satzung heißt es außerdem, dass wenn ein Mitglied aus dem Leben scheiden möchte, dies durch den Verein ermöglicht wird. Dies geschieht in der Form eines begleitenden Suizids. Darüber hinaus wird in der Satzung dargestellt, dass der Verein parteipolitisch und konfessionell neutral ist. Er würde keinerlei wirtschaftliche oder gewerbliche Ziele verfolgen. Der Verein unterstützt den Ausbau der Palliativbewegung und erstellt für jedes Mitglied eine individuelle Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung.

StHD zählt derzeit 456 Mitglieder (Stand November 2015). Das heißt, 456 Personen die auf eigenen Wunsch, und nach Prüfung der Voraussetzungen, Sterbehilfe erhalten möchten. Die Voraussetzungen sind laut Satzung des Vereins, Volljährigkeit, Einsichtsfähigkeit, die Beschäftigung mit Möglichkeiten des Weiterlebens und die Auseinandersetzung zu Alternativen (vgl. StHD 2009). Von den 456 Mitgliedern in Deutschland haben im Jahr 2014 44 Personen den begleitenden Suizid durch den Verein in Anspruch genommen. Diese Erörterung stammt von Roger Kusch aus der Sendung „hart aber fair“ vom 02.11.2015. Kusch arbeitet als Rechtsanwalt. Er ist der Gründer und Vorstandsvorsitzender des Vereins „Sterbehilfe Deutschland e.V.“ (vgl. hartaberfair 2015).

Die folgende Abbildung 6 listet die Kosten auf, welche für die Mitglieder anfallen, wenn sie den begleitenden Suizid in Anspruch nehmen möchten. Die Auflistung stammt aus dem Beitrittsformular des Vereins:

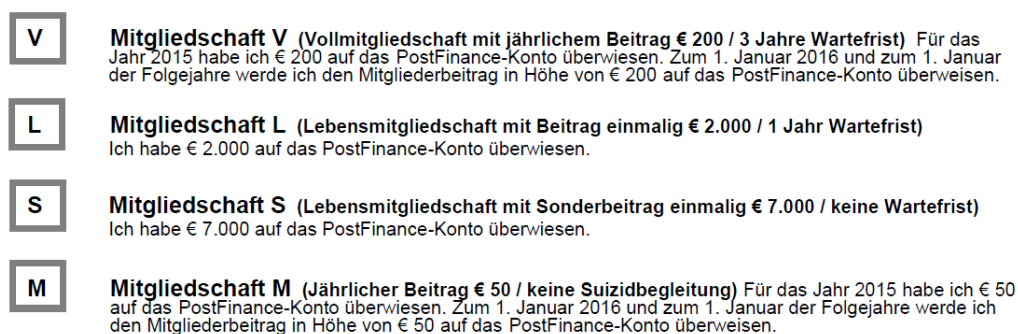
- 
- V** **Mitgliedschaft V** (Vollmitgliedschaft mit jährlichem Beitrag € 200 / 3 Jahre Wartefrist) Für das Jahr 2015 habe ich € 200 auf das PostFinance-Konto überwiesen. Zum 1. Januar 2016 und zum 1. Januar der Folgejahre werde ich den Mitgliederbeitrag in Höhe von € 200 auf das PostFinance-Konto überweisen.
 - L** **Mitgliedschaft L** (Lebensmitgliedschaft mit Beitrag einmalig € 2.000 / 1 Jahr Wartefrist) Ich habe € 2.000 auf das PostFinance-Konto überwiesen.
 - S** **Mitgliedschaft S** (Lebensmitgliedschaft mit Sonderbeitrag einmalig € 7.000 / keine Wartefrist) Ich habe € 7.000 auf das PostFinance-Konto überwiesen.
 - M** **Mitgliedschaft M** (Jährlicher Beitrag € 50 / keine Suizidbegleitung) Für das Jahr 2015 habe ich € 50 auf das PostFinance-Konto überwiesen. Zum 1. Januar 2016 und zum 1. Januar der Folgejahre werde ich den Mitgliederbeitrag in Höhe von € 50 auf das PostFinance-Konto überweisen.

Abbildung 8: Kosten Sterbehilfe Deutschland e.V. (StHD 2009)

Dementsprechend, liegt der Jahresbeitrag der Mitglieder mit der Kategorie „V“ bei 200 €. Hier muss eine Wartefrist von 3 Jahren eingehalten werden. Die Kategorie der Mitgliedschaft „S“ beschreibt den Fall, wenn keine Wartefrist in Anspruch genommen werden kann. In diesem Fall liegt der sogenannte „Sonderbeitrag“ bei einmalig 7000 € (Stand November 2015) (vgl. StHD 2009).

Der Autor Saliger hat in seinem Buch, „Selbstbestimmung bis zuletzt: Rechtsgutachten zum Verbot organisierter Sterbehilfe“, aufgezeigt, dass die Gesetzentwürfe und rechts-

politische Vorschläge, verfassungswidrig sind. Laut Saliger reichen abstrakte Befürchtungen, den Tod als normale Dienstleistung anzusehen, als Geschäft oder Teil einer neuen Suizidkultur, nicht aus. Vielmehr nennt er, dass diese Befürchtungen an den realen Bedürfnissen leitender Menschen vorbeigehen. Jedes Selbsttötungsverbot impliziert eine Rechtspflicht zum Weiterleben, laut Salinger sei dies in einem Rechtsstaat nicht begründbar (vgl. Saliger 2015, 53). Das Individuum mag gegenüber seinen Angehörigen, Freunden, Arbeitgeber und dem Staat in vieler Hinsicht verpflichtet sein, solange er lebt, „Er ist ihnen aber nicht verpflichtet zu leben“ (Saliger 2015, 54).

Die Annahme, dass man ältere Menschen dazu treiben würde Beihilfe am Suizid zu suchen, da sie sich als Last für sich und ihre Umwelt empfinden würden, wurde von Salinger zurückgewiesen. Er verweist darauf, dass sich 2013 in Deutschland 10.076 Personen selbst getötet haben. Die Zahl der Suizidversuche liegt bei über 100 000 pro Jahr. Das durchschnittliche Alter dieser Suizidenten liegt bei ca. 60 Jahren. Der Anteil von Bilanzsuiziden wird auf ca. 5 Prozent geschätzt (vgl. Saliger 2015, 48).

Aus dieser Erkenntnis heraus, scheint es nicht vertretbar, alle Suizidversuche und Suizide per se zu kriminalisieren und somit die Existenz freiverantwortlicher Selbsttötungen zu leugnen und rechtspolitisch zu verbieten. Es kommt die Frage auf, ob es menschen- und verfassungsrechtlich zulässig ist, dass der Strafgesetzgeber einen freiverantwortlichen Tod verhindern darf?

Primär tangiert sind die Freitodsuchenden in ihrem Grundrecht auf Selbsttötung. Schließlich sind es vor allem diejenigen, welche die Lasten der Kriminalisierung organisierter Freitodhilfe zu tragen haben. Durch dieses Verbot ist die Gefahr groß, in einen weniger würdevollen, weniger schmerzlosen und vor allem weniger sicheren Tod als Selbsttötungsalternative getrieben werden zu können (vgl. Saliger 2015, 23).

3.1.3 Politische Parteien

Der Fokus der folgenden Untersuchung liegt bei der Analyse sämtlicher Positionen, welche die Sterbehilfe in den jeweiligen Parteien vertreten. Wie in Punkt 2.7 thematisiert, ist im Bundestag über eine Regelung zur Sterbehilfe debattiert worden. In einer sogenannten „Orientierungsdebatte“ lag der Schwerpunkt in der Betrachtung der Fragestellung, ob und wie man Menschen beim Sterben helfen darf (vgl. Greven 2014).

An dieser Stelle gilt es anzumerken, dass die einzelnen politischen Positionen in der Debatte um die Sterbehilfe sehr unterschiedliche Richtungen eingeschlagen haben. Generell bezieht keine Partei die Position „Pro Sterbehilfe“. Es sind fraktionsübergreifende Mitglieder, welche sich im Plenum für-oder gegen Sterbehilfe ausgesprochen haben (vgl. Deutscher Bundestag 2014).

Der in Punkt 2.7 eruierte dritte Gesetzentwurf von Peter Hintze (CDU/CSU), Karl Lauterbach (SPD) und Carola Reichmann (SPD) plädierte dafür, dass Ärzte Sterbenskranken beim Suizid helfen dürfen. „Bei manchen tödlichen Leiden würde die Palliativmedizin an ihre Grenzen stoßen. Ein Arzt müsse beim friedlichen Einschlafen helfen dürfen“ (Deutscher Bundestag 2014) so Hintze. Hintze argumentiert weiter „Leiden ist immer sinnlos“ (Deutscher Bundestag 2014). Im weiteren Verlauf der ausführlichen Erklärung ging Hintze außerdem darauf ein, dass die gesamte Werteordnung der westlichen Welt bestrebt sei, den Menschen Leiden zu ersparen. Aus diesem Grund würde der Palliativmedizin so große Aufmerksamkeit gewidmet werden (vgl. Deutscher Bundestag 2014).

Auch Renate Künast (Grüne) und Petra Sitte (Linke) haben sich in ihrem liberalen vierten Gesetzentwurf für die Beihilfe zum Suizid ausgesprochen (vgl. Klinkhammer/Richter-Kuhlmann 2015, 944). Der Gesetzentwurf stand unter anderem dafür, dass die Beihilfe zum Suizid straffrei bleibt. Grüne-Politikerin Renate Künast hat in ihrer Erklärung eine neue Gesetzesentwicklung in Frage gestellt. Künast sah den Zustand der Rechtslage in Deutschland nicht als fehlerhafte Entwicklung. Politikerin Petra Sitte (Die Linke) hat sich in ihre Rede „gegen elende Quälerei“ (Deutscher Bundestag 2014) ausgesprochen. Laut Sitte sollte die Sterbehilfe einen Beitrag dazu leisten, Frieden zu schließen. Hierbei sollte Hilfe durch Ärzte oder Angehörige gegeben werden können (vgl. Deutscher Bundestag 2014).

Es gilt festzuhalten, dass sich im Bundestag besonders CDU-Politiker Peter Hintze, Renate Künast (Grüne) und Petra Sitte (Linke) für die Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids ausgesprochen haben. Sie sind Vertreter der aktiven Sterbehilfe, indem sie die Beihilfe zum Suizid unterstützen.

3.2 Vertreter Contra Sterbehilfe

Die angeführten Argumente der in Punkt 3.1 beleuchteten Studien sind stichhaltig und zeigen, dass eine große Mehrheit der Bundesbürger Fürsprecher der Sterbehilfe sind. Die Befürworter der Sterbehilfe beharren auf ihre Argumentation, dass jeder das Recht haben sollte, über seinen Todeszeitpunkt selbst bestimmen zu können.

Die Vertreter Contra Sterbehilfe führen unter anderem hingegen an, dass keine Diagnose vollkommen sicher ist und dass sich viele Patienten auch von schweren Krankheitsleiden wieder erholen könnten. Sie verweisen darauf, dass es rechtswidrig sei über Leben und Tod zu entscheiden, und plädieren auf den Hippokratischen Eid des Arztes, der es verbietet, Sterbehilfe zu leisten (Fernandes/Böhnke 2015).

Die Meinungen Pro und Contra Sterbehilfe schlagen verschiedene Richtungen ein. Aufgrund dessen, müssen im Folgenden, die Vertreter Contra Sterbehilfe, sowie alle Stakeholder im Themenfeld, auf deren stichhaltige Argumentationen untersucht werden.

3.2.1 Kirchliche Einrichtungen

„Du sollst nicht töten“ (Callsen 2014). So lautet das 5. Gebot der Bibel und ist unter anderem der Grund dafür, dass Vertreter der Kirchen die Sterbehilfe in Form der aktiven Sterbehilfe ablehnen (vgl. Callsen 2014). Die Beihilfe zum Suizid wurde 1989 in einer gemeinsamen Erklärung der Vertreter katholischer und evangelischer Kirchen abgelehnt (vgl. EKD 1989a). Die Erklärung mit dem Titel „Gott ist ein Freund des Lebens - Herausforderung und Aufgaben beim Schutz des Lebens“ beinhaltet unter anderem die Argumentation, dass das Leben eine kostbare Gabe sei und für den Menschen, sowie für andere Lebewesen, die Existenz überhaupt sei (vgl. EKD 1989a).

Diese These bezieht sich auf das Leben, und dass es als ein Geschenk Gottes zu würdigen ist. Die zweite These wendet sich dem Argument, dass das Leben zu schützen ist und nicht in fremde Hände gegeben werden darf. So heißt es in der philosophischen Erklärung weiter, dass alle Kräfte zum Schutz des Lebens mobilisiert werden müssen und Gefährdungen wie „Ansätze zur Euthanasie“ (EKD 2010) vom Leben fern zu halten sind.

Die Einstellung von Zeugen Jehovas zu medizinischer Versorgung gegenüber der Einstellung zum Leben ist ähnlich wie die der Vertreter katholischer und evangelischer Kirchen. In ihrer Erklärung heißt es „Abtreibung verboten. Suizid vergleichsweise selten, Leben ist heilig“ (Selter/Taunus 2009). Weiterhin heißt es, „Aktive Sterbehilfe wird als Mord gesehen, Reduzierung der Therapie oder Einstellen lebensverlängernder Maßnahmen dagegen nicht“ (Selter/Taunus 2009). Es lässt sich konstatieren, dass im Gegensatz zur Erklärung der katholischen und evangelischen Einrichtungen, sich die Zeugen Jehovas in ihrer These gezielt für die indirekte und passive Sterbehilfe aussprechen (vgl. Selter/Taunus 2009).

In der Debatte um die Sterbehilfe mahnt der Sozialethiker Wolfgang Huber, dass die Rechtswissenschaft und Ärzteschaft es vermeiden müsse, die Suizidbeihilfe zur Normalität werden zu lassen. Huber warnt, dass das Vertrauen in die Ärzteschaft aufs Spiel gesetzt werden würde (vgl. EKD 2010b). Peter Dabrock ist Ordinarius für Systematische Theologie an der Friedrich-Alexander-Universität Nürnberg und ist Mitglied des Ethikrats (vgl. Flier 2014). Er setzt sich bei der Debatte um die Formen der Sterbehilfe für die Rechte der Schwächsten ein und ist in zahlreichen Diskussionen rund um das Themenfeld der Sterbehilfe als Vertreter der Kirchen geladen. Dabrock vertritt die

These, dass der Wunsch nach einem Sterben in Würde alle Menschen vereint (vgl. evangelisch.de 2014). Dabrock spricht sich gegen die Tötung auf Verlangen, als auch die organisierte Beihilfe zur Selbsttötung aus (vgl. Flier 2014).

“Diese Form von Sterbehilfe steht für ein Bild von Selbstbestimmung, das nicht sensibel für die Schwächsten in der Gesellschaft ist. Wenn wir also Selbsttötung durch Vereine oder Ärzte ermöglichen, dann würden die Schwächsten in der Gesellschaft, also die Schwerkranken und Einsamen, unter Druck geraten“ (Flier 2014).

Diese Argumentation stützt auch die in Punkt 2.2.2 beleuchtete These, dass sich ältere Menschen als Last für sich und ihre Umwelt empfinden könnten. Somit seien Missbrauchsgefahren der ausschlaggebende Grund gegen die Zulassung von aktiver Sterbehilfe (vgl. Roggendorf/Eckert 2012, 643).

3.2.2 Politische Parteien

Bei dem kontrovers diskutierten Thema um die Gesetzeslage der Sterbehilfe bezieht auch keine Partei die Position „Contra Sterbehilfe“. Wie in Kapitel 3.1.2 thematisiert, werden einzelne Statements von fraktionsübergreifenden Mitgliedern in die Debatte um die Sterbehilfe mit integriert. Generell lässt sich eruieren, dass der Tonus der politischen Vertreter „Contra Sterbehilfe“ bei dem Apell liegt, die Palliativ- und Hospizbewegung auszubauen. Ziel ist es, die Betreuung von Sterbenden zu verbessern (vgl. bayrischer Rundfunk 2015).

„Die Begleitung von Sterbenden und seinen Angehörigen in der letzten Lebensphase, sei einer der größten Liebesdienste, die ein Mensch einem anderen Menschen tun kann. Die Humanität einer Gesellschaft erweise sich darin, wie sie mit dem Schwächsten umgeht“ (bayrischer Rundfunk 2015). Diese Aussage stammt von Bundespräsident Joachim Gauck, der auf eine Verstärkung der Palliativ- und Hospizversorgung plädiert, und sich gegen die aktive Sterbehilfe und der Beihilfe am Suizid ausspricht.

In der Diskussion um die Sterbehilfe im Bundestag, wies auch Michael Brand (CDU/CSU) darauf hin, dass das mögliche Spektrum zur Schmerzlinderung heute sehr fortschrittlich sei. Brand unterstützt, neben Elisabeth Scharfenberg (Bündnis 90/Die Grünen), in seiner Argumentation, die Forderung nach dem Ausbau der Palliativ- und Hospizbewegung. Der Konsens der politischen Vertreter Contra aktive Sterbehilfe liegt darin, dass im Zusammenhang mit dem Tod keine Geschäfte gemacht werden dürfen (vgl. Deutscher Bundestag 2014).

4 Kampagnenmanagement

4.1 Definition

In der Begriffshistorie lässt sich der Begriff Kampagne im spätlateinischen „campus“ wiederfinden und wird mit dem Terminus „Feld“ übersetzt. Im 17. Jahrhundert wurde der Begriff aus dem französischen „campania“ hergeleitet und bedeutet übersetzt „die Zeitspanne, die ein Heer im Feld verbrachte“ (Leggewie 1997, 147). Demnach wurde ursprünglich in der europäischen Geschichte die Kampagne als die Dauer eines militärischen Feldzuges beschrieben (vgl. Leggewie 1997, 147).

Heute findet der Begriff in anderen Sachzusammenhängen Verwendung. Laut dem Autoren Graf von Bernstorff lassen sich jedoch auch heute noch Merkmale eines „militärischen Feldzuges“ in dem Begriff wiederfinden. Bernstorff beschreibt die Kampagne in seiner These als Maßnahme, zur Intervention im kommunikativen System der Gesellschaft, dem Markt und von politischen Ereignissen (vgl. Bernstorff 2012, 13). Die Autoren Bonfadelli und Friemel beschreiben den Begriff „Kommunikationskampagne“ wie folgt:

„Die Bestandteile des Begriffs „Kommunikationskampagne“ bringen bereits zwei wesentliche Aspekte des Gegenstandes zum Ausdruck: Zum einen ist dies die Interaktivität der Prozesse, die eben „kommunikativ“ sind, und zum anderen ist es das Vorhandensein einer gewissen Intensität, Systematik und Zielgerichtetheit, welche sie zu Kampagnen machen“ (Bonfadelli/Friemel 2010).

Eine weitere Möglichkeit eine Kampagne zu definieren, ist die von Ulrike Röttger. Dabei legt sie ihren Schwerpunkt auf die Aufmerksamkeitsfrage. Laut Röttger, kann ohne Aufmerksamkeit und Vertrauen kein Anschlusshandeln erreicht werden. Röttger legt ihren Schwerpunkt außerdem darauf, über welchen Kanal das Thema in die Öffentlichkeit gelangt (vgl. Röttger 2009, 9-11). Damit stützt sie die o.g. Definition von Bonfadelli und Friemel. So sagt sie außerdem,

„Kampagnen sind dramaturgisch angelegte, thematisch begrenzte zeitlich befristete kommunikative Strategien zur Erzeugung öffentlicher Aufmerksamkeit, die auf ein Set unterschiedlicher kommunikativer Instrumente und Techniken –werbliche Mittel, marketing-spezifische Instrumente und klassische PR-Maßnahmen zurückgreifen“ (Röttger 2009,1).

Demnach sind Kommunikationskampagnen zielgerichtete Maßnahmen zur Bewusstseins- und Verhaltensänderung bei einer definierten Zielgruppe, in einem fest definierten

Zeitintervall. Diese dienen z.B. zur Sensibilisierung der Bevölkerung auf bestehende Risiken, wie zum Beispiel Aids. Kommunikationskampagnen sollen in ihrer Arbeit die definierten Risikogruppen informieren, und zielgerichtet auf eine Verhaltensänderung hinarbeiten (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 15).

4.2 Ziele, Zielgruppen und Werte

Kampagnen dienen dazu, bei politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Akteuren (Adressaten) eine bestimmte Wirkung zu erzielen. Von der gewünschten Wirkung abhängig, verfolgen Kampagnen dabei eine oder mehrere spezielle Zielsetzungen. Das Minimalziel jeder Kampagne ist es, Aufmerksamkeit zu erzeugen und Vertrauen gegenüber der Glaubwürdigkeit einer Kampagne zu gewinnen.

Eine Kommunikationskampagne dient dazu, auf bestehende soziale beziehungsweise gesundheitliche Probleme aufmerksam zu machen. Mit dieser Grundvoraussetzung ist es möglich, eine Zustimmung für Interessen der Kampagneninitiatoren zu erlangen und, sofern dies gewünscht ist, ein Anschlusshandeln zu bewirken (vgl. Röttger 2009, 9).

Um auf Erfolg bei der Umsetzung einer Kommunikationskampagne zu stoßen, ist es wichtig, die Ziele eindringlich und realistisch zu formulieren (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 28). Diese Ziele sollten bestimmte Kriterien erfüllen. Sie sollen „SMART“ sein, was **s**pezifisch **m**essbar, **a**ktuell, **r**ealistisch und **t**erminiert bedeutet (vgl. Kreyher 2013, 3). Folgende Elemente gehören zu den wesentlichen Zielen für ein erfolgreiches Kampagnenmanagement:

- Aufmerksamkeit erzeugen
- Glaubwürdigkeit schaffen
- Informationen verbreiten
- Verhaltensänderungen bewirken
- Aufklärungsarbeit leisten
- Thema in das Bewusstsein rücken

Ebenfalls von besonderer Bedeutung, und der Mittelpunkt jeder Kampagne, ist laut Bonfadelli und Friemel, die richtige Botschaft als „Medien-Stimuli“. Jede Kampagne übermittelt eine bestimmte Botschaft, die beim Empfänger eine Wirkung erzielt (Bonfadelli/Friemel 2010). Auf der obersten Kommunikationsebene lässt sich dies anhand dargestellten Lasswell Formel (Abb. 7) „Sender-Empfänger“ veranschaulichen:

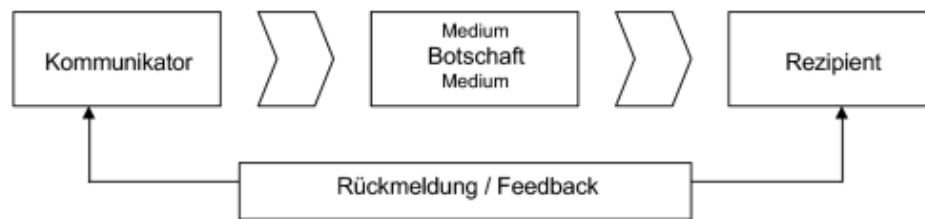


Abbildung 9: Lasswell Formel Sender-Empfänger (Kirsch/Müllerschön 2001, 160)

Das voranstehende Modell verdeutlicht einen allgemeinen Kommunikationszyklus. Es wird illustriert, wer was (Kommunikator), mit welcher Botschaft (Medium), wem (Rezipient), vermittelt. Abhängig von der Botschaft, ist daher die positive oder negative Rückmeldung (Anschluss handeln) des Rezipienten. Der Aspekt der Botschaft gilt als Baustein jeder Kampagne und ist auf allen Werbemitteln erkennbar (vgl. Kirsch/Müllerschön 2001, 160). Die Botschaft soll prägnant, eindeutig und simpel sein, damit die zu vermittelnde Information von der Zielgruppe wahrgenommen und verinnerlicht werden kann (vgl. Bonfadelli 2011, 130).

Jede Kampagne sendet also eine Botschaft an einen Empfänger. Für ein erfolgreiches Kampagnenmanagement, ist eine genaue Zielgruppendefinition von prägnanter Bedeutung. Hier wird definiert, welche Gruppe von Menschen erreicht werden soll, und wer einen Bedarf mit der Dienstleistung, einer zu erreichenden Botschaft oder einem Produkt hat. Das heißt, sie sind die Gesamtheit aller eventuellen Personen, die mit einer bestimmten Aktivität angesprochen werden sollen. Grundlage zur Findung der Zielgruppe ist die Marktsegmentierung, das heißt die Aufteilung des Gesamtmarktes nach bestimmten Käufergruppen (vgl. Kirsch/Müllerschön 2001, 160).

Eine Kampagne richtet sich nur an bestimmte Personengruppen. Personen, die nicht zur avisierten Zielgruppe gehören, jedoch trotzdem von der Kampagne erreicht werden sollen, bezeichnet man als „Streuverluste“ (vgl. Weber 2014, 51). Eine Zielgruppe sollte möglichst homogen und operationalisierbar sein. Unter „homogen“ beschreibt die Literatur, dass die Bedürfnisse der zu erreichenden Adressanten gleich sein sollten. Unter „operationalisierbar“ versteht die Literatur, dass sich die herangezogenen Merkmale für die Werbeträgerplanung eignen (vgl. Kloos, 2007, 183). Im Rahmen der Segmentierung der relevanten Zielgruppen lassen sich folgende Merkmale nennen:

- Soziodemographische Daten, hierbei wird das Alter, das Geschlecht, Einkommen, Schichtzugehörigkeit, Haushaltsgröße und die Bildung genau definiert.
- Psychologische Daten, hier werden alle relevante Faktoren, die durch die Psyche geprägt sind, hinterfragt. (Motive und Einstellungen).

- Geographische Merkmale, wie beispielsweise Land- und Bundeslandunterscheidung der Zielgruppe.
- Zielgruppendefinition anhand medienorientierter Merkmale, das heißt die Analyse des Mediennutzens der Zielgruppe.
- Zielgruppendefinition anhand von Merkmalen des Verhaltens, hier wird hinterfragt, ob ein Intensivverwender oder Erstkäufer als Zielgruppe erreicht werden möchte (vgl. Breitschuh 2001, 51).

Die am häufigsten genutzte Beschreibung der Zielgruppe ist die nach soziodemographischen Merkmalen. Diese Zielgruppen haben den Vorteil, dass sie aufgrund ihrer allgemeinen Beschreibung leicht steuerbar und messbar sind, da die Nutzer von Werbeträgern nach diesen Merkmalen erfasst sind (vgl. Hamm 2003, 16).

4.3 Bestandteile und Strategien im Kampagnenmanagement

Die heutige Marktsituation wird von einer Flut an Produkten und Dienstleistungen geprägt und gekennzeichnet. Auch die Mediennutzung wird immer konvergenter. Handy, Tablet, Computer, Fernsehen werden heute permanent situationsabhängig genutzt. Entsprechende Maßnahmen, wie beispielsweise die Wahl eines optimalen Marketingmix, zur Erreichung der Zielgruppe, werden u.a. durch die Digitalisierung als immer schwieriger bewertet. Bei gesättigten Märkten, muss daher mit intelligenten Marketingstrategien reagiert werden, die crossmedial miteinander verzahnt sind (vgl. Schür-Langkau 2014). Von enormer Wichtigkeit ist hierbei, dass der Kunde das Produkt wahrnimmt, jedoch nicht mit Reizen überflutet wird.

Stützend aus verschiedenen Quellen lässt sich laut Bonfadelli und Friemel eine Kommunikationskampagne aus folgenden Elementen zusammensetzen:

„die Konzeption, Durchführung und Evaluation von systematischen und zielgerichteten Kommunikationsaktivitäten zur Förderung von Wissen, Einstellung und Verhaltensweisen gewisser Zielgruppen im positiven, d.h. gesellschaftliche erwünschten Sinn“ (Bonfadelli/Friemel 2010, 16).

Von der Zieldefinition ausgehend, lassen sich Kampagnen zwischen mehrere Typen unterscheiden. Obwohl diese Kampagnen in ihrer Zieldefinition unterschiedlich sind, verlaufen sie alle nach einem gleichen Schema (vgl. von Bernstorff 2012, 56). „Am Anfang steht ein Thema, ein Anliegen, ein Missstand und der Wunsch einzugreifen, um etwas zu verändern“ (Bernstorff 2012, 63). Je, nachdem, zu welchem Thema

eine Kampagne gestartet werden soll, muss ein Kampagnentyp ausgewählt werden. Folgende Tab. 3, illustriert diese Kampagnentypen, wie sie von Bernstorff definiert werden:

Typ	Sender	Empfänger	Objekt	Öffentliche Medien	Ziel/ Zweck
Wahlkampf	Ich/wir (Parteien, Politiker)	Alle (Wahlkampf)	Ich (wir)	Alle	Wählen (einmaliges Verhalten)
Imagewerbung	Ich/Wir	Zielgruppen	Ich/Wir	ausgewählt	Wertschätzen
Produktwerbung	Unternehmen	Zielgruppen	Es (das Produkt)	ausgewählt	Kaufen (einmaliges wiederholtes Verhalten)
Informationskampagne	Organisationen	Zielgruppen, alle	Sachverhalt, Problem	ausgewählt, alle	Verstehen, Wissen (Kognitiv)
Kommunikationskampagne	Organisationen	Zielgruppen Interaktiv	Es (das Problem)	Ausgewählt interaktiv	Verhalten ändern
Politische Veränderungskampagne	Organisationen, Verband	Alle, Zielgruppen, Unterstützer, Entscheider	Es (das Problem, das Anliegen)	Alle	Verhältnisse ändern (Verhaltensänderung durch Gesetze, Konditionierung)
Lobbykampagne, Lobbyarbeit	Organisationen, Verband, Unternehmen	Nur Entscheider	Es (das Problem, das Anliegen)	Keine, allenfalls Fachmedien	Verhältnisse, Regeln und Gesetze ändern zu eigenen Gunsten

Abbildung 10: Kampagnentypen (Eigene Darstellung in Anlehnung an Bernstorff 2012, 63)

Grundsätzlich lassen sich gute Kommunikationskonzeptionen in vier spezielle Teildisziplinen unterteilen, die crossmedial miteinander in Verbindung stehen (vgl. Kreyher 2011, 1-9). Eine gute Kommunikationsstrategie setzt sich immer aus den vier Schritten Analyse, Strategie, Taktik und Kontrolle zusammen (vgl. Kreyher 2011, 1-9). Kreyher stellt diese vier Schritte in einem sogenannten Feuerrad dar (Abb. 8). Um die Kampagne

ne an aktuelle Ereignisse oder Geschehnisse anzupassen, können diese vier Schritte mehrmals durchgeführt werden (vgl. Kreyher 2014, 26).

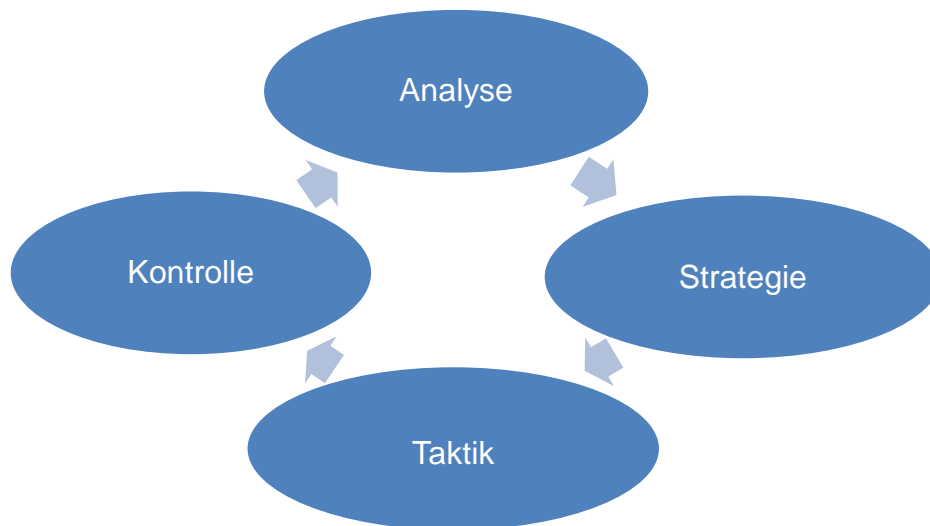


Abbildung 11: Feuerrad (Eigene Darstellung in Anlehnung an Kreyher 2014, 26)

In der ersten Phase der Analyse beginnt man mit der Kampagnenplanung. Hierzu gehört die Planung und Konzeption einer Kampagne einschließlich der Zielgruppen und Prozessdefinition. Kreyher unterscheidet dabei die Arena-Analyse und die Markt-Analyse. Der zentrale Punkt in der Arena Analyse liegt bei der Fragestellung: „Was will man mit dieser Kampagne erreichen, und wie kann man das erreichen?“ (Mahrtdt 2009,23). Demnach wird hier die Ausgangssituation dargestellt, und die Problemstellung identifiziert. Auch werden sich hier erste Gedanken über die Umsetzbarkeit gemacht, sowie erste Lösungsansätze aufgezeichnet. Die Markt-Analyse kennzeichnet sich dadurch, dass sie spezifischer ist. Sie untersucht die Potenziale des Zielmarktes im Rahmen der Kampagne. Der Fokus hier, liegt in der Analyse der Stärken und Schwächen des eigenen Unternehmens, des Wettbewerbs, der Kundenkennzeichen und den möglichen Kanälen (vgl. Kreyher 2011, 1-2).

In den nächsten beiden Schritten werden die Strategien und Taktiken für die Kampagne festgelegt. Hier wird das Konzept dargestellt und die Idee hinter der Planung festgelegt. Die in Punkt 4.1 erläuterte ursprüngliche Bedeutung, „die Zeitspanne, die ein Heer im Feld verbrachte“ (Leggewie 1997, 147), lässt sich in dieser Phase wiederfinden. So lässt sich hier ableiten, dass eine Kampagne im wortwörtlichen Sinn der Feldzug ist und die Strategie die Art und Weise wie das Heer geführt wird. Zur Strategieentwicklung wird eine grobe Planung der Kampagne durchgeführt. Wichtig in dieser Planung

ist es, dass die quantitativen und qualitativen Ziele, die mit der Kampagne erreicht werden wollen, definiert werden (vgl. Dold/Hoffmann/Neumann 2004, 41).

Es lässt sich festhalten, dass die Strategie ein erster Entwurf von der Kampagne ist. Um einen optimalen Erfolg der Kampagne generieren zu können, ist eine optimale Selektion der Adressen von enormer Wichtigkeit. Demnach ist es wichtig die Zielgruppe zu kennen und wie man sie am besten ansprechen kann. Hierzu muss festgelegt werden, über welche Kanäle die Zielgruppe erreicht werden soll.

Nachdem die Strategie festgelegt und definiert wurde, wird die Taktik ausgearbeitet. Hier werden alle operative Maßnahmen und Aktivitäten, die für die Umsetzung der Strategie wichtig sind festgelegt. Um die gewünschte Reaktion „recall“ und „recognition“ in den Köpfen der Zielgruppe zu verankern, müssen einheitliche und wiedererkennbare Bilder verwendet werden (vgl. Mahrdt 2009,23). In dieser Phase wird auch die Budgetierung und die Terminierung der Kampagne aufgestellt (vgl. Kreyher 2011, 6).

Hat man die ersten beiden Phasen gut durchdacht und geplant, dann kommt die Durchführung der Kampagne in der Phase der „Taktik“. Von großer Bedeutung hierbei, sind die Sicherstellung der zeitlichen Abstimmung zwischen den verschiedenen Teildisziplinen und die zeitliche Kontinuität. Es ist wichtig, dass die Kommunikationsstrategie während der Kampagne nicht wechselt, sonst würde die Strategie nicht die nötige Aufmerksamkeit erlangen (vgl. Mahrdt 2009,23).

Abschließend, in der „Kontrollphase“ wird das gesamte Vorgehen der Kampagne evaluiert und analysiert, um Fehler oder Probleme aufdecken und beheben zu können. In der sogenannten Ergebniskontrolle können unterschiedliche Kennzahlen, wie beispielsweise das Kosten Nutzen-Verhältnis, die Medienresonanz, die Gewinnung der Neukunden ab Beginn der Kampagne, sowie der dadurch resultierende Umsatz, ermittelt werden. Die Analyse einer Kampagne dient gewissermaßen als Lernprozess für weitere Kampagnenaktivitäten (vgl. Dold/Hoffmann/Neumann 2004, 64).

4.4 Kommunikationskanäle

Unter einem Kommunikationskanal versteht man das Medium, über das mit der Zielgruppe kommuniziert werden kann. Damit die Zielgruppe mit der gewünschten Botschaft angesprochen werden kann, ist die Auswahl des Kommunikationskanals von enormer Bedeutsamkeit, auch unter dem Berücksichtigen der rasanten Zunahme verschiedenster Möglichkeiten der Kommunikation. Diese Tatsache ist vor allen auf die Entwicklungen in der Informations- und Kommunikationstechnik zurückzuführen (Emrich 2008, 85). Immer mehr Kundengruppen neigen zu hybridem Kommunikationsver-

halten, indem sie zwischen unterschiedlichen Kanälen, je nach Stimmungslage, wechseln. Erschwerend kommt hinzu, dass sich immer mehr multioptionale Milieus bzw. Kundensegmentierungen bilden, was einer Zersplitterung der Segmente gleichkommt. Je nach Ausrichtung der Zielgruppe können z.B. bei Konzentration auf nur einen Kommunikationskanal ein Großteil der relevanten Kundengruppen nicht mehr erreicht werden (Emrich 2008, 85).

Es lässt sich festhalten, dass durch das veränderte Kundenverhalten eine optimale Anpassung der Kommunikationskanäle notwendig ist, und die Selektion der Medien ein elementarer Faktor für eine erfolgreiche Kampagne darstellt. Auch die Kommunikationsstrategie von einer Kampagne muss beständig angepasst werden.

Kommunikationskanäle lassen sich hinsichtlich der Botschaftsinteraktivität unterscheiden. Die Botschaftsinteraktivität kombiniert die Begriffe „Botschaft“ und „Interaktivität“. Unter Botschaft wird, wie bereits thematisiert, der Inhalt jeder (Werbe) Kommunikation verstanden, unter Interaktion wird das aufeinander bezogene Handeln von zwei und mehreren Menschen verstanden. Diese Kriterien ermöglichen es, dass die Kanäle zunächst in zwei Gruppen eingeteilt werden können. Es ist daher von hoher Wichtigkeit, dass die Botschaft rückkanalfähig ist und über denselben Kanal, ohne Medienbruch, eine Rückkopplung entsteht (vgl. Bonfadelli 2011, 132).

4.4.1 Klassische Kommunikationsinstrumente

Die Anwendung des Kriteriums der Botschaftsinteraktivität soll beispielhaft an der Einordnung von klassischen Kommunikationsinstrumenten demonstriert werden. Damit eine möglichst große Zielgruppe mit der Botschaft angesprochen werden kann, eignen sich klassische Massenmedien. Wichtig hierbei ist, dass diese Kanäle miteinander vernetzt, und zeitlich stimmig miteinander verankert sind, damit eine möglichst hohe Wahrnehmung der Botschaft erreicht werden kann. Zu diesen Medien gehören:

- Plakate
- TV
- Zeitschriften/Zeitungen
- Radio (vgl. Kreutzner 2012, 333).

Plakate werden im Rahmen von Kommunikationskampagnen in Form der Außenwerbung gerne eingesetzt und sind öffentliche Werbeträger. Plakate können innerhalb kürzester Zeit viele Kontakte erreichen und richten sich an eine dynamische und jüngere Zielgruppe. Diese Zielgruppe ist gekennzeichnet dadurch, dass sie mobil ist und beispielsweise über den Berufsweg von dem öffentlichen Werbeträger erreicht werden kann (vgl. Mahrtdt 2009, 50). Ziel bei Plakaten ist es, dass sie in erster Linie nicht als

Träger von Informationen dienen, sondern vielmehr visuelle Effekte beinhalten, um Aufmerksamkeit des Rezipienten auf die dahinterstehende Kampagne zu lenken.

Beim Kommunikationsinstrument TV wird im Allgemeinen der passive Konsum von Bildern oder Filme verstanden und ist zu 90 Prozent in deutschen Haushalten vorhanden. Laut einer Marktforschung des Öffentlich-Rechtlichen Senders „ARD“ schaut in Deutschland die Gruppe der über 14-jährigen im Schnitt 203 Minuten Fernsehen am Tag (vgl. Emrich 2008, 109). Demnach können innerhalb kürzester Zeit große Reichweiten aufgebaut werden. Somit stellt der TV-Spot ein wichtiger Informationskanal dar und dient dazu für ein kampagnenrelevantes Thema Bewusstsein zu schaffen. Der TV-Spot ist in der Lage, Emotionen, Dramaturgie und Überraschungseffekte zu erzeugen (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 104). Beim TV-Spot sollte man jedoch berücksichtigen, dass Werbespots häufig durch Zapping übergangen werden. Durch die fehlende Interaktionsmöglichkeit ist der Kommunikationskanal TV in seiner Botschaftspassivität als hoch einzustufen (vgl. Urselmann 2012, 148).

Zeitschriften und Zeitungen gehören ebenfalls zu den Medien der Massenkommunikation. Sie gehören neben dem TV zu dem beliebtesten Werbeträger in Deutschland. Als Gründe dafür lässt sich nennen, dass eine hohe Verbreitung, Seriosität und eine einfache Handhabung gegenüber diesem Medium herrscht. Zeitungen und Zeitschriften dienen als Informationsmedium und werden an verschiedenen Orten genutzt, wie beispielsweise in öffentlichen Verkehrsmitteln, im Wartezimmer, im Urlaub, zu Hause und in der Freizeit (vgl. Kippahn 2000,6). Insbesondere die Tageszeitung gilt als wichtiges Massenmedium, da sie jeden Tag erscheint und eine hohe Auflage erzielt, somit erreichen Zeitschriften eine hohe Reichweite. Im Rahmen von gesundheitsbezogenen Informationskampagnen gelten Zeitschriften als ein informierendes und stützendes Medium. Informationen werden hier optimal an eine genaue Zielgruppe weitergegeben (vgl. Emrich 2008, 91).

Das Radio dient primär der Unterhaltung, wird allerdings auch als Quelle der Information genutzt. Durchschnittlich verfügen Privathaushalte über vier Radiogeräte. Die Deutschen hören im Schnitt täglich 216 Minuten Radio (vgl. Mahrdt 2009, 5). Programme werden gezielt und mit großer Aufmerksamkeit verfolgt. Das Radio gilt als das reichweitestärkste Medium, was folgende Ursachen hat:

- Die weltweite Flächendeckung
- Die simplen technischen Übertragungsmöglichkeiten
- Die hohe Verfügbarkeit aufgrund kontinuierlicher, technologischer Weiterentwicklung (vgl. Emrich 2008, 95).

4.4.2 Interpersonale Kommunikation

Die klassischen Medien bieten nur eine begrenzte Interaktivität. Die gewünschte Verhaltensänderung ist dadurch eingeschränkt. Eine geschätzte Alternative zu den Massenmedien ist die interpersonale Kommunikation. Die Interpersonale Kommunikation ist die Ebene der Kommunikation, die sich auf die Interaktion einzelner Personenkreise in Zweierbeziehungen oder größere Gruppen bezieht. Diese Art der Botschaftsvermittlung wird unter anderem über Plattformen oder Hotlines ermöglicht. Ziel hierbei ist eine Interaktion zwischen Fachpersonal im Rahmen des Aufklärungsmanagement z.B. in Schulen. Aus kognitiver Sicht sind mit der Verhaltensbeeinflussung Wissen und Emotionen untrennbar verbunden und in die Interaktion mit eingebettet (Donges 2001, 136). Demnach liegt eine Interpersonale Kommunikation dann vor, wenn zwei oder mehr Personen miteinander kommunizieren. Dies kann in einem privaten Setting, bei organisationaler oder in der öffentlichen Kommunikation geschehen. Wird im Rahmen einer gesundheitsorientierten Kommunikationskampagne eine Hotline eingerichtet und diese durch medizinisches Fachpersonal begleitet, entsteht beim Rezipienten oft eine größere Glaubwürdigkeit.

Die interpersonale Kommunikation ist im Vergleich zu den klassischen Medien kostenintensiver (vgl. Emmrich 2009, 34). Bonfadelli bezeichnet die interpersonale Kommunikation als wirksames Pendant, vor allem bei einer gezielten Verhaltensänderung (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 107).

4.4.3 Internet

Das Internet eignet sich ideal dafür, eine Brücke zwischen Massenmedien und interpersonaler Kommunikation zu bauen. Als Vorteil des Internets nennt Bonfadelli eine hohe Reichweite für Initiatoren von Kommunikationskampagnen und den Aspekt der interpersonalen Kommunikation. Im Gegensatz zu den klassischen Medien bietet das Internet ein großes Angebot der Interaktion an. Die traditionellen Sender-Empfänger-Strukturen werden aufgebrochen und jeder kann theoretisch als Sender in Erscheinung treten (vgl. Döring 2003, 23). Im Rahmen von Kampagnen im Gesundheitswesen, oder zur Aufklärung der Öffentlichkeit, ist die Vermittlung von Informationen über das Internet von bedeutsamer Relevanz. Wesentliche Rolle spielt hier der Austausch zwischen Initiatoren bzw. Fachpersonal und den Nutzern. Durch diese Vernetzung wird Vertrauen aufgebaut und Transparenz zum Thema hergeleitet (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 109). Ein weiterer Vorteil des Internets ist es, dass das Internet räumliche und zeitliche Hierarchieebenen überwindet.

Zur Realisierung der Vermittlung von Inhalten bei Informationskampagnen bietet das Internet unterschiedliche Dienste an, wie Email, Maillinglisten, Newsletter, News-groups, Diskussionforen, Blogs und Social Media (vgl. Döring 2003, 23).

Die sozialen Aspekte des Internets lassen sich heute unter dem Begriff „Web 2,0“ zusammenfassen. Web 2.0 steht für eine neue Form der Partizipation, Interaktion und Kooperation im Internet. Web 2.0 steht auch für die Entwicklung des Users vom reinen Informationskonsumenten hin zum aktiven Teilnehmer und Produzenten. Informationsvermittlungen können aktiv oder passiv erfolgen. Bei der aktiven Vermittlung besorgt sich der Nutzer selbstständig die benötigten Informationen, bspw. über das Surfen und Browsen oder eine gezielte Recherche im Internet. Die passive Form beschreibt den Fall, wenn der Nutzer automatisch, regelmäßig und ereignisorientiert mit Informationen versorgt wird, wie es beispielsweise bei Newslettern oder Maillinglisten der Fall ist (vgl. Kuhn 2007, 5). Durch diese Vernetzung werden Transparenz, Glaubwürdigkeit und Vertrauen geschaffen.

Laut Bonfadelli hat das Internet das Potenzial einer gesundheitsfördernden Funktion indem es „Informationsquelle für gesundheits-und krankheitsbezogene Informationen ist, als Plattform für Foren und Gemeinschaften von Betroffenen und als Distributionsmedium für Produkte und Dienstleistungen darstellt " (Bonfadelli/Friemel 2010, 109).

5 Kommunikationskampagne in Bezug auf Sterbehilfe

5.1 Kommunikationskampagnen durch die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)

Es gibt diverse Organisationen, die sich mit der Thematik „Sterbehilfe“ auseinandersetzen. Die größte und bedeutsamste Organisation, welche die meisten Anhänger zählt, ist die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS). Bekanntheit erlangt die Organisation in der Bevölkerung vor allem durch bundesweit eingesetzte Kampagnen, die der Aufklärung der Gesellschaft gegenüber dem Thema Sterbehilfe dienen und in den politischen Entscheidungsprozess mit einfließen sollen.

5.2 Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)



Abbildung 12: Logo DGHS (DGHS 2015)

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes (DGHS) beschäftigt sich im Rahmen der Förderung des Gesundheitswesens mit der Thematik rund um das Themenfeld der Sterbehilfe. Die DGHS ist eine Patientenschutz-Organisation und sieht sich als Bürgerrechts- und Menschenrechtsbewegung. Sie wurde am 7. November 1980 in Nürnberg gegründet und zählt bis heute 25 000 Mitglieder (Stand 2013). Aus dieser hohen Mitgliederzahl heraus, lässt sich die enorme Bedeutsamkeit und Wichtigkeit für die Bevölkerung gegenüber der Thematik „Sterbehilfe“ erkennen.

Zentrales Element der vielfältigen Aktivitäten der DGHS ist das Recht auf Selbstbestimmung. Im Mittelpunkt steht dabei die Patientenverfügung. Die DGHS war die erste Organisation, die maßgeblich an der Verbreitung und Entwicklung von Patientenverfügungen in Deutschland beteiligt war. Durch die Kooperation und Zusammenarbeit von bedeutsamen Persönlichkeiten, wie beispielsweise der Publizist Ralph Giordano, des-

sen krebserkrankte Frau Sterbehilfe erfahren hatte, wird in der Bevölkerung Vertrauen und Anerkennung gegenüber der Organisation aufgebaut (vgl. DGHS e.V. 2013).

Im Rahmen der interpersonalen Kommunikation ist die DGHS in einem breiten Spektrum tätig, indem sie mit einer eigenen Hospiz- und Informationsstelle, sowie einem Informationstelefon agieren. Außerdem hilft der Verein seinen Mitgliedern beim Erstellen und beim Durchsetzen von Patientenverfügungen (vgl. DGHS e.V. 2010).

Die DGHS verfolgt auf nationaler Ebene die Ziele, die Sterbebegleitung und Hospizbetreuung zu verbessern. Außerdem fordert die DGHS, dass Ärzte besser ausgebildet werden und dass eine angemessene Honorierung für Gespräche mit Schwerstkranken und Sterbenden gegeben sein soll. Weiterhin fordert die DGHS, dass die Bedingungen in Pflegeheimen optimiert werden und das Recht auf Selbstbestimmung abgesichert wird.

Zu den weiteren Zielsetzungen der DGHS gehört es, eine legale Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe zu finden. Die Bevölkerung wird von der Organisation dazu aufgerufen, sich rechtzeitig mit dem Sterbeprozess zu befassen und nicht erst bei eintretender Hilfsbedürftigkeit im fortgeschrittenen Alter, nach einem Unfall oder im Verlauf einer schweren Krankheit (vgl. DGHS 2010).

5.3 Mein Ende gehört mir! Für das Recht auf letzte Hilfe

Die Kampagne mit dem Slogan „Mein Ende gehört mir“ wurde am 06. Oktober 2014 von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) und der Giordano-Bruno-Stiftung (gbs) ins Leben gerufen. Ziel der Kampagne ist es, für den assistierten Suizid zu werben. Unterstützt wird die Kampagne von dem Internationalen Bund der Konfessionslosen und Atheisten (IBKA).

Die sprachliche Parallele zu „Mein Bauch gehört mir“ soll verdeutlichen, dass es bei dieser Form der Sterbehilfe, wie beim Schwangerschaftsabbruch, um die Selbstbestimmung des Einzelnen geht. Somit war das zentrale Ziel dieser Kampagne, ein strafrechtliches Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung zu verhindern. Die Kampagne lässt sich in ihrer Typisierung als Informations-, Kommunikations- und politische Veränderungskampagne definieren.

Die Initiatoren haben sich im Vorfeld der Kampagne mit der Thematik der Sterbehilfe auseinandergesetzt. Empirisch gestützte und durch Institute belegte Daten wurden dazu genutzt die Problematik zu verdeutlichen. Die DGHS beruft sich auf Umfragen,

laut denen bis zu 84 Prozent der Bundesbürger sich dafür aussprechen, dass Ärzte Schwerstkranken Hilfe beim Suizid leisten dürfen (vgl. mein Ende gehört mir 2014a).

Die Initiatoren der Kampagne stützen sich auf die beiden im Grundgesetz verankerten Artikel 1 und 2. Artikel 1, Absatz 1: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlicher Gewalt“. Artikel 2 Absatz 1: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Recht anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“ und Absatz 2: Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In dieses Recht darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“ (mein Ende gehört mir 2014a).

Bei der Umsetzung der Kampagne setzt die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben neben zahlreichen Flyern und Broschüren auf Plakate (Abb. 11), die das Kernstück der Kampagne darstellen. Dadurch, dass die Plakate an Verkehrsknotenpunkten platziert wurden, generierten sie eine hohe Reichweite in der Bevölkerung.



Abbildung 13: Start der Kampagne „Mein Ende gehört mir“ (Letzte Hilfe 2014)



Abbildung 14: Petra Nadolny „Mein Ende gehört mir“ (Letzte Hilfe 2014)

Im Mittelpunkt der Plakate stehen die Gesichter von zahlreichen Prominenten, wie das des Liedermachers Konstantin Wecker, des Schriftstellers Ralph Giordano, des Komikers Bernhard Höcker und der Schauspieler Michael Lesch, Eva Mattes und Petra Nadolny. Auch unbekannte Personen, die dieser Kampagne ein Gesicht geben möchten, werden als Kampagnenmotiv eingesetzt. Die Gesichter werden zum Key-Visual der Kampagne.

Zum weiteren Mittelpunkt der Plakate gehört der Slogan der Kampagne „MEIN ENDE GEHÖRT MIR!“. Gemeinsam mit dem Motiv „Gesicht“, bei der die Unterstützer die Augen geschlossen haben und sanft lächeln, wird eine passende Botschaft verkörpert – das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben. Unterhalb des Slogans fungiert mit gelber Kontur der Satz „FÜR DAS RECHT AUF LETZTE HILFE“, was im Vergleich zu den tristen Farbtönen fast polarisierend wirkt und durch die Hervorhebung die Wichtigkeit symbolisiert. Durch die Versalien und der geringen Reizüberflutung ist das Plakat auch aus größerer Entfernung leicht lesbar. Mittels der Plakate wird auch auf die Website der Kampagne verwiesen, auch werden die Initiatoren und Unterstützer der Kampagne aufgelistet.

Der Kampagnenstart war dadurch gekennzeichnet, dass PR-Cars in Form von rollenden Großplakaten, zeitlich stimmig durch Berlin und Frankfurt/Main fahren (Abb. 13). Die Autos fahren im 3-er Gespann unter anderem das Brandenburger Tor (Abb. 14) an. Eine strategisch gute Art und Weise auf die Kampagne aufmerksam zu machen, denn Kameras, die eigentlich darauf ausgerichtet waren das Brandenburger Tor abzulichten, richteten sich auf die PR-Cars, die im Schrittempo an öffentlichen Plätzen vorbeifuhren. Auch vor dem Bundeskanzleramt, dem Paul-Löbe-Haus und am Reichstagsgebäude wurden die Großplakate platziert und somit von einer hohen Anzahl an Menschen wahrgenommen. Diese Maßnahmen ermöglichten es, innerhalb kürzester Zeit eine hohe Aufmerksamkeit auf die Kampagne zu lenken.

Durch zahlreiche Pressemitteilungen gewann die Kampagne zusätzlich an Aufmerksamkeit. Berichterstattungen gab es nicht nur regional, sondern auch überregional. Der Kampagnenauftritt wurde in zahlreichen Zeitungen thematisiert. So berichtete u.a. „Der Tagesspiegel“, „PR Online“, „der Focus“ und „Die Welt“ über den Kampagnenauftritt.

In Anbetracht einer zeitlichen Kontinuität im Rahmen von massenmedialen Kommunikationsinstrumenten wurden parallel zu den PR-Cars, auch Kleinmedien wie Broschüren, Flyer und Aufkleber verteilt. Alle Medien sind durch Bilder und Botschaft der Kampagne gekennzeichnet und verweisen auf die Webseite der Kampagne. Eine crossmediale Vernetzung ist hiermit geschaffen. Die Webseite dient als Basisplattform

für sämtliche Inhalte der Kampagne und wird als Informationsträger für alle weiteren Aktivitäten der Kampagne genutzt. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden Informationen über den weiteren Verlauf der Kampagne und rund um das Themenfeld der „Sterbehilfe“ an den Rezipienten weitergegeben.

Auf der Homepage „letzte-hilfe.de“ findet der Rezipient über diverse Reiter nicht nur Inhalte und Hintergründe der Kampagne, sondern hat auch die Möglichkeit über den Reiter „Unterstützer“, in Form eines eigenen Plakates, Gesicht für die Kampagne zu zeigen. Auch sind hier die Gesichter sämtlicher prominenter Unterstützer abgebildet. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass das Plakat über soziale Medien, wie „Facebook“, geteilt werden kann (vgl. mein Ende gehört mir 2014b).

Durch diese Art der crossmedialen Kommunikation werden die traditionellen Sender-Empfänger-Strukturen aufgebrochen. Eine strategisch gute Art und Weise, dass jeder mit seinem Gesicht als Sender der Kampagnenbotschaft in Erscheinung treten kann und somit die Verbreitung der Kampagne stützt. Gleichermäßen wird durch diese Art der Vernetzung Transparenz, Glaubwürdigkeit und Vertrauen für die Initiatoren geschaffen.

Im Rahmen der Kampagne wird auch die Politik zum Einlenken aufgefordert. Aus diesem Grund haben die Initiatoren der Kampagne das Gesicht von Angela Merkel als Bildmotiv gewählt (Abb. 16). Das Motiv soll signalisieren, dass die Kanzlerin die Augen davor verschließt, dass 80 Prozent der Nation gegen die Kriminalisierung professioneller Freitodbegleitungen votieren. Als zentrales Element wird hier in Form einer Fragestellung der Terminus „VOLKSVERTRETER?“ genutzt. Der Bezug des Plakates mit dieser polarisierenden Fragestellung an die Bundeskanzlerin, als Vertreterin der Bürger, generiert Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit der Problematik und schafft eine hohe Reichweite.

Unterstützend zu dieser Plakataktion werden zeitgleich zwei weitere Bildmotive gewählt, die den Arzt und Sterbehelfer, Uwe-Christian (Abb. 15), sowie den Gründer des Sterbehilfevereins „Dignitas“, Ludwig Minelli, darstellen. Die Plakate sind sehr emotional und dramaturgisch aufgebaut. Retorisch fragen die Initiatoren der Kampagne, ob Arnold und Minelli als „VERBRECHER?“ behandelt werden sollen, da sie Hilfe beim Suizid leisten. So heißt es auf den Plakaten „Hilft schwerstleidenden Patienten, ihr Leben selbstbestimmt zu beenden“. Durch die Versalien, dem Key-Visual „Gesicht“ der gleichen Schriftart und-Farbe wird sofort eine Verbindung zur Kampagne hergestellt. Eine Kontinuität ist somit gegeben (vgl. gbs 2015).



Abbildung 15: Uwe-Christian Arnold „Verbrecher?“ (gbs 2015)



Abbildung 16: Angela Merkel „Volksvertreter?“ (gbs 2015)

Über die Plakate hinaus wurde im Rahmen einer Pressekonferenz zusätzlich auf die Kampagne aufmerksam gemacht. Die PK fand im Haus der Bundespressekonferenz statt und richtete sich gezielt an Politiker, Journalisten, Juristen und Ärzte. Die Einladung zur Pressekonferenz wurde über die Homepage der Kampagne adressiert. Auch wurde hier eine offizielle Pressemappe veröffentlicht. Neben einer offiziellen Vorstellung der Kampagne und die dahinterstehenden Initiatoren wurde auch das Buch von Uwe Christian Arnold, mit dem Titel „Letzte Hilfe- Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben“, offiziell präsentiert.

6 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

Die Sterbehilfe und -begleitung stellt ein komplexes Themengebiet dar. Künftig- das haben die vorliegende Analyseergebnisse gezeigt- kann von der Entwicklung ausgegangen werden, dass die Sterbebegleitung zu einem elementaren Fokus in unserer Gesellschaft wird und an bedeutsamer Brisanz gewinnt. Die verschiedenen Disziplinen der Sterbehilfe lassen sich zwar genau definieren und rechtlich einordnen, dennoch kann aus dieser Arbeit heraus die bilanzierende Wertung gezogen werden, dass die moralisch-ethische Vorstellung der Sterbehilfe immer wieder in den Fokus zahlreicher Diskussionen rücken wird.

In dem Bestreben die Positionen der Vertreter Pro und Contra Sterbehilfe auf deren Argumentationen hin zu untersuchen gibt es für die Verfasserin bei den Vertretern „Contra Sterbehilfe“ das einschlägige Argument, dass keine Diagnose vollkommen sicher ist und dass sich viele Patienten auch von schweren Krankheitsleiden wieder erholen könnten. Die Verfasserin kommt zu dem Ergebnis, dass für die Position „Pro Sterbehilfe“, insbesondere bei der Form der aktiven Sterbehilfe spricht, dass die Sterbehilfe ein sanftes Ableben und eine unnötige Verlängerung des Sterbeprozesses ermöglicht. Eine geringere Beeinflussung der Lebensqualität wäre somit gegeben. Jeder sollte selbstverantwortlich über seinen Todeszeitpunkt entscheiden können.

Es bleibt anzumerken, dass die Autonomie des Patienten in dieser Debatte eine große Problematik darstellt. Hier herrscht für die Verfasserin eine große Diskrepanz, denn einerseits wird die Selbstbestimmung des Patienten als höchstes Rechtsgut angesehen, andererseits wird die Ausübung dieses Rechts gesetzlich eingeschränkt. Durch das neue Gesetz ist es zu vermuten, dass Suizidsuchende in einen noch grausameren Suizid getrieben werden könnten. Darüber hinaus gilt es zu befürchten, dass Dritte durch den Suizidenten (emotional) beschädigt werden könnten. Auch könnten Sterbehilfevereine im Ausland davon profitieren. Insbesondere unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse, bei denen sich die Bürger ausdrücklich für die aktive Sterbehilfe ausgesprochen haben, wäre es daher wünschenswert, dass die neue Gesetzgebungsinitiative vom Bundesverfassungsgerichtshof geprüft werden würde.

Abschließend kann empfohlen werden, dass sich jeder rechtzeitig mit dem Themenfeld der Sterbehilfe auseinanderzusetzen sollte. Die Willensäußerung sollte daher rechtzeitig in Form einer Patientenverfügung aufgezeichnet werden, denn so kann jeder gezielt eine von ihm ungewollte Sterbesituation zuverlässig und ohne Rechtsfolgen für Dritte verhindern. Einzig ungeklärt bleibt die Situation der erwünschten aktiven

Sterbehilfe. Es wäre daher wünschenswert, diese Gesetzgebung zu überdenken, um langfristig eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe anzustreben.

Auf Grund der kreativen Idee hinter der Kampagne „Mein Ende gehört mir“ war und ist es durchaus möglich, die Bevölkerung für dieses Thema zu sensibilisieren.

Eine Evaluierung der Bekanntheit oder der Wirksamkeit der Kampagne wurde von den Initiatoren nicht durchgeführt. Dies wäre zu empfehlen. Man kann davon ausgehen, dass durch den crossmedialen Einsatz der Instrumente eine Auseinandersetzung mit dem Thema der Kampagne stattgefunden hat. Als besonders positiv zu bewerten sind die Maßnahmen der PR-Cars und die Plakataktion über die Homepage. Der Rezipient kann somit jederzeit zum Sender der Botschaft werden. An dieser Stelle auch als positiv zu bewerten, ist das Miteinbeziehen prominenter Persönlichkeiten. Diese fungieren häufig als Sympathieträger und genießen oft eine Vorbildfunktion.

Um eine dauerhafte Sensibilisierung der Bevölkerung und der Politik mit dem Themenfeld der Sterbehilfe zu erzielen, bedarf es weiterhin umfassender und zeitlich intensiver Maßnahmen.

Damit diese Positionen noch besser in den öffentlichen Entscheidungsprozess mit integriert werden könnten, wäre eine Möglichkeit der Verbesserung, TV Spots zu schalten. Der TV Spot wäre in der Lage innerhalb kürzester Zeit eine hohe Aufmerksamkeit auf die Kampagnenbotschaft zu lenken. Ein Beispiel könnte das Miteinbeziehen von Betroffenen sein, die aufgrund einer schweren Krankheit, Sterbehilfe suchen. Durch diese Art der Emotionalisierung kann sich die Zielgruppe besser identifizieren und man schafft Nähe zum Rezipienten.

Durch das Einbinden von Betroffenen als Transporteure der Kampagnenbotschaft und einer Kooperation mit den Medien, zum Beispiel in Form von Interviews in Talks-Shows, ist es möglich noch intensiver auf die Thematik und die dahinterstehende Kampagne hinzuweisen.

Literaturverzeichnis

Arndt, Marianne (2007): Ethik denken-Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. 2. Aufl. Stuttgart.

Bayrischer Rundfunk (2015): Wie können Sterbende besser begleitet werden? <http://www.br.de/themen/religion/gesetz-hospiz-palliativ-versorgung-100.html> (09.11.2015).

Beck L. (2001): Palliativmedizin und Hospiz. In: Der Gynäkologe 34/2001, 1177-1179.

Bergmann, Verna (2010): Der Tod gibt zu denken. Interdisziplinäre Reflexion zur)ein-zigen) Gewissheit des Lebens. Münster/New York/München/Berlin.

Bernstorff, Andreas (2012): Einführung in das Campaigning. Heidelberg.

BGH (2003): Mitteilung der Pressestelle. <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&nr=25791&link=ed=pm> (15.11.2015).

Breitschuh, Jürgen (2001): Versandhandelsmarketing. Aspekte erfolgreicher Neukundengewinnung. München, Wien, Oldenburg.

Burgheim, Werner (2006): Sterben und Trauer im Wandel. Dem Tabu begegnen, von Religionen und Kulturen lernen. Merching.

Bullinger, Monika/Siegrist, Johannes/Ravens-Sieberer, Ulrike (2000): Lebensqualitätsforschung aus medizinischer und –soziologischer Perspektive. In: Brähler, Elmar/Bullinger, Monika/Rosemeier, Hans Peter (Hrsg.): Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. Konstanz.

Callsen, Söhnke (2014): <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-01/Sterbehilfe-Reaktionen> (01.11.2015).

Deutsches Ärzteblatt (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung-

www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (17.10.2015).

Deutscher Bundestag (2014): Emotionale Debatte über Sterbehilfe im Bundestag. https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_de_sterbebegleitung/339436 (04.11.2015).

Deutscher Bundestag (2015): Gesetzentwurf. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805373.pdf> (15.11.2015).

dejure (2015a): Tötung auf Verlangen. <http://dejure.org/gesetze/StGB/216.html> (19.10.2015).

dejure (2015b): Rechtfertigender Notstand. <http://dejure.org/gesetze/StGB/34.html> (19.10.2015).

dhpv (2015): Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen. http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html (20.11.2015).

Dignitas (2015): Menschenwürdig leben. Menschenwürdig sterben. Medienmitteilung der Vereine. <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/medienmitteilung-06112015.pdf> (15.11.2015).

Dold, Thomas/Hoffmann, Bernd/Neumann, Jörg (2004): Marketingkampagnen effizient managen. Wiesbaden.

Döring, Nicola (2003): Sozialpsychologie des Internet – Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. 2. Aufl. Göttingen, Bern.

drze (2015): Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. Rechtliche Regelungen. <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen> (19.10.2015).

drze (2015): Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. <http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen> (02.01.2016).

EKD (1989a): Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens. http://www.ekd.de/EKD-Texte/gottistfreund_1989_freund1.html (04.11.2015).

EKD (2010b): Sterbehilfe: Lebensschutz nicht relativieren
http://www.ekd.de/aktuell_presse/news_2010_09_28_2_huber_sz_sterbehilfe.html
(04.11.2015).

Emmrich, Christin (2008): Multichannel-Management. Gestaltung einer multioptionalen Medienkommunikation. Stuttgart.

Evangelisch.de (2014): Dabrock: In Sterbehilfe-Diskussion Angehörige nicht aus dem Blick verlieren. <https://www.evangelisch.de/inhalte/111403/27-11-2014/dabrock-sterbehilfe-diskussion-angehoerige-nicht-aus-dem-blick-verlieren> (04.11.2015).

Familienratgeber (2015): Gesetzliche Betreuung-Was heißt das?
https://www.familienratgeber.de/recht/gesetzliche_betreuung.php. (19.10.2015).

Fernandes, Irina/Böhnke Andrea (2015):
http://www.planetwissen.de/gesellschaft/tod_und_trauer/sterben/pwisterbehilfe100.html
(04.11.2015).

Feuerbach, Leonie (2015): <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/bundestag-hat-ueber-sterbehilfe-entschieden-13897349.html> (15.11.2015).

Fischer Michael (2012): Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive. Berlin.

Flier, Christian (2014): <http://web.de/magazine/gesundheit/experten-interview-aktive-sterbehilfe-verboten-30208652> (04.11.2015).

Gesang Dr. phil., Bernward (2001): Ethik in der Medizin. Aktive und passive Sterbehilfe - Zur Rehabilitation einer stark kritisierten deskriptiven Unterscheidung. Düsseldorf.

Geißendörfer, Edith Sylke (2009): Die Selbstbestimmung des Entscheidungsunfähigen an den Grenzen des Rechts. Hamburg.58-60.

Greven Ludwig (2014): <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-11/sterbehilfe-bundestag-debatte> (04.11.2015).

Grimm, Carlo/ Hildebrand, Ingo (2009): Ethik in den Biowissenschaften - Sachstandsberichte des DRZE. 8. Aufl. Freiburg, München.

Guyatt, B/ Nygren, P/Glimelius, B (2001): Assestment of quality of life. Acta Oncol.

Habermann, Carola/Wittmerhaus, Caren (2005): Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. Stuttgart.

Hamm, Ingo (2003): Die MTV-Mindset-Studien: Jugendmarketing mit Subkulturen und Lebensstilen. München.

Häcker, Barbara (2008): Die ethischen Probleme der Sterbehilfe. Eine kritische Analyse. Hamburg.

hartaberfair (2015): Sterbehilfe-von den Bürger gewollt, vom Staat verboten? Sendung vom 02.11.2015. <http://www1.wdr.de/daserste/hartaberfair/sendungen/index.html> (09.11.2015).

Helou, A./Wende, A./Hecke, T./Rohrmann, S./Buser, K/Dierks, M.-L. (2000): Das öffentliche Meinungsbild zur aktiven Sterbehilfe. Ergebnisse eines Pilotprojekts. Hannover, 309-313.

Hepp, H./ Kreienberg R. (2007): Einführung zum Thema. Palliativmedizin und Sterbehilfe. In: Der Gynäkologe 12/2007. Ulm, 939-940.

Holzner, Claudia (2015): Palliativmedizin: Das Selbstbestimmungsrecht beachten. In: Deutsches Ärzteblatt 25/112, 1126- 1128.

IfD Allensbach (2014): Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe. http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/KB_2014_02.pdf (16.11.2015).

Institut für Demoskopie Allensbach (2014): Studie zur Sterbehilfe. http://www.planung-analyse.de/news/pages/protected/Bevoelkerung-fuer-Sterbehilfe_8494.html (20.11.2015).

Jentschke, Elisabeth (2006): Die Notwendigkeit der Palliativen Medizin in der Altersversorgung. Erlangen-Nürnberg.

Kirsch, Jürgen/ Müllerschön, Bernd (2001): Managementwissen Marketing. München.

Kloos, Ingomar (2007): Werbung. Handbuch für Studium und Praxis. 4. Aufl. München.

Klie, Thomas/ Student, Johann-Christoph (2007): Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Freiburg im Breisgau.

Klinkhamer, Gisela/ Richter-Kuhlmann Dr. med Eva (2015): Sterbehilfe versus Suizidbeihilfe. Eine Frage des Gewissens. In: Deutsches Ärzteblatt 26/112, 944-947.

Konrad, Ute (2015): Rechtslage in Deutschland. Wie regeln andere die Sterbehilfe (03.11.2015).

Kreutzer, Ralf (2013): Praxisorientiertes Marketing. Grundlagen-Instrumente. Fallbeispiele. 4. Aufl. Wiesbaden.

Kreyher, Volker J. (2011): Cross Media. Skript EC Europa Campus. Karlsruhe.

Kreyher, Volker J. (2013): Cross Media. Skript EC Europa Campus. Karlsruhe.

Kreyher, Volker J. (2014): Cross Media. Skript EC Europa Campus. Karlsruhe.

Krukemeyer M.G. (2004): Ein Leitfaden für den Praktiker. In: Wagner, W. (Hrsg): Strahlenmedizin. Osnabrück.

Kuhn, Christian (2007): Web 2.0, Auswirkungen auf internetbasierte Geschäftsmodelle. Hamburg.

Kuhn, Joeseeph/ Wildner Manfred (2015):
http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-99.html (19.10.2015).

Kutzner K. (2001): Sterbehilfe. Rechtsprechung und Folgen für die klinische Praxis. In: Der Gynäkologe 34/2001. Düsseldorf, 568-569.3

Landschek, Ines (2008): Sondenernährung am Lebensende. Berlin.

Leggewie, Claus (1997): Kampagnen-eine nicht ganz neue Form politischer Mobilisierung. In: PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit. Hrsg. Von Röttger, Ulrike 2 Aufl. Opladen. 145-164.

Leist, Anton (1998): Die Differenz von Tun und Unterlassen. In: Illhardt, Franz Josef/ Heiss, Hermann Wolfgang/ Dornberg, Martin (Hrsg.): Sterbehilfe-Handeln oder Unterlassen. New York. 40-45.

Lipp Volker (2005): Patientenautonomie und Lebensschutz. Zur Diskussion um eine gesetzliche Regelung der „Sterbehilfe“. Göttingen.

Magenheim, Anika (2003): Möglichkeiten und Probleme beim Einsatz von Radiowerbung. Hamburg.

Mayr, Gesa/ Henrik Ternieden (2014): <http://www.spiegel.de/panorama/fragen-und-antworten-zur-sterbehilfe-debatte-in-deutschland-a-945147.html> (19.10.2015).

mdr (2014): Sonderdebatte im Bundestag. Keine Parteigrenzen beim Thema Sterbehilfe. <http://www.mdr.de/nachrichten/sterbehilfe-bundestag-debatte100.html> (04.11.2015).

Nationaler Ethikrat Ed. (2006): Wie wir sterben/Selbstbestimmung am Lebensende. Tagungen des Nationalen Ethikrates in Augsburg und Münster. Augsburg/Münster.

Naunin, S. (2012): Sterben auf Niederländisch?. Niederländische „euthanasie“ als Gegenstand der Debatte in Deutschland und den Niederlanden. Münster.

NeueMoral:

http://www.neuemoral.de/www_neuemoral_de/Philosophen/Immanuel_kant/Kant_und_Moral/kant_und_moral.html (19.10.2015).

Noack, Thorsten/ Fangerau, Heiner/ Vögele, Jörg (2007): Im Querschnitt – Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin. Medizinethik. München.

Overdick-Gulden, Dr. Maria/ Frisch, Michael (2007): http://www.cdrlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Pro-und-Contra.html (09.11.2015).

Palliativ Portal (2015): <http://www.palliativ-portal.de/Definitionen> (19.10.2015).

PatVerfü-Handbuch (2015): Die gesetzlichen Grundlagen der Pat.Verfü im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). <http://www.patverfue.de/handbuch/pv-gesetz> (20.10.2015).

Pieper, Annemarie (2007): Einführung in die Ethik. 6. Aufl. Basel, 93-94.

Pöltner, Günther (2006): Grundkurs Medizin-Ethik .2. Aufl. Wien.

Ridder von Michael (2008): www.tagesspiegel.de/weltspiegel/gesundheit/wollen-sie-dass-ihr-vater-verhungert/1136786.html (17.10.2015).

Roggendorf S./Eckart W.V. (2012): Indirekte Sterbehilfe. Medizin und rechtliche Implikationen. In: Der Anästhesist 61/2012. Heidelberg. 640-645.

Röttger, Ulrike (2009): PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit. 4. Aufl. Wiesbaden.

Saliger, Frank (2015): Selbstbestimmung bis zuletzt: Rechtsgutachten zum Verbot organisierter Sterbehilfe. Norderstedt.

Schmeilzl, Bernhard (2008): www.rechthaber.com/sterbehilfe-eine-begriffsklaerung/ (17.10.2015).

Schmickler, Barbara (2015): <https://www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe-173.html> (15.11.2015).

Schmiedebach H.-P/ Woellert K. (2006): Palliative Versorgung in Deutschland. Sterbehilfe, Patientenautonomie und Palliativmedizin. Hamburg, 1132-1141.

Schürr-Langkau, Anja (2014): Media-und Marketingstrategien in digitalen Zeiten. Trendinterviews mit Branchen-Experten aus Wissenschaft und Praxis. Wiesbaden.

Selters/Taunus (2009): Ungewollt schwanger. Was nun. Magdeburg.

Steigende Nachfrage: Deutscher Hospiz und PalliativVerband e.V. http://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/statistik/Zahlen_stationaer.jpg (18.10.2015).

Studie Sterbehilfe (2014): http://www.planung-analyse.de/news/pages/protected/Bevoelkerung-fuer-Sterbehilfe_8494.html (20.11.2015)

StHD (2009): Sterbehilfe Deutschland e.V. Satzung. <http://www.sterbehilfedeutschland.de/sbgl/files/PDF/2015-x-Satzung.pdf> (09.11.2015).

stern TV (2015): stern TV-Mittwoch, 31.10.2015, 22:15 Uhr – Live bei RTL Moderation: Steffen Hallaschka. <http://www.presseportal.de/pm/6514/3152158> (25.10.2015).

stern TV/Facebook (2015): <https://www.facebook.com/sterntv?fref=ts> (21.10.2015).

Überlebenszeiten: Roggendorf S./Eckart W.V. (2012): Der Anästhesist. Indirekte Sterbehilfe. Medizin und rechtliche Implikationen. Heidelberg.

Valentin A. (2010): Palliativmedizin. Eine Komponente der Intensiv-und Notfallmedizin. Wien.

WHO (1989): Definition of Health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (15.11.2015).

WHO (1997): Programme on mental health: WHOQOL, Measuring Quality of Life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (15.11.2015).

ZEIT ONLINE (2015): Bundestag beschließt Versorgung Sterbender.
<http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-11/palliativmedizin-bundestag-gesetz-hospiz> (15.11.2015).

Anlagen

Ich, geb. am wohnhaft in
..... bestimme für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bil-
den oder verständlich äußern kann.....

[illegible]

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für gesundheitliche Angelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen. **Bevollmächtigter:**

Name:

.....

Adresse:

.....

.....

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen beigelegt. Soweit ich in dieser Verfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere ärztliche Aufklärung. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Diese Patientenverfügung gilt, solange ich sie nicht widerrufe.

Meine Wertevorstellungen:

[illegible]

Meine Entscheidung zur Organspende:

Die Beantwortung der Frage zur Organspende ist für Ihre behandelnden Ärzte sehr wichtig, damit diese Ihre Entscheidung hierzu kennen. Nur wenn Sie mit einer Organentnahme im Falle Ihres Hirntodes einverstanden sind, können Ihre Organe nach Ihrem Hirntod einem anderen schwerstkranken Menschen das Leben retten.

Im Falle meines Hirntodes bin ich mit einer Organentnahme zu Transplantationszwecken

☐ einverstanden*

☐ einverstanden mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:*

.....

.....

.....

.....

.....

☐ nicht einverstanden

* Die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende geht damit vor. Das heißt:

Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnendem Hirntod als Organ-spender in Betracht, erlaube ich ausdrücklich, dass dafür bis zum Abschluss der Organentnahme auch solche ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden, die ich zuvor in meiner Patientenverfügung grundsätzlich ausgeschlossen habe.

Datum und Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers:

Ich/Wir bestätige(n) mit Unterschrift, dass Herr/Frau
die Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname